

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE LA UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA DE PEREIRA SIN ASEGURAMIENTO EN SALUD 2018



DORA LUCÍA MÁRQUEZ MONSALVE
1088269803

HAROLD CARMONA VILLADA
10103136

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
INGENIERÍA INDUSTRIAL
PEREIRA
2019

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE LA UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA DE PEREIRA SIN ASEGURAMIENTO EN SALUD 2018

DORA LUCÍA MÁRQUEZ MONSALVE
1088269803

HAROLD CARMONA VILLADA
10103136

Trabajo de grado, para optar por el título de Ingeniero Industrial

Director
M.Sc. Luis Alberto Rojas Franco

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
INGENIERÍA INDUSTRIAL
PEREIRA
2019

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Pereira, agosto de 2019

DEDICATORIA

Dedicar este gran logro a mis padres y abuelos que me apoyaron desde siempre y me brindaron las bases sólidas que me han permitido llegar al lugar donde estoy.

A mi esposo Iván y mi hija Ivanna que han sido mis compañeros fieles en este camino y que han entendido que sin sacrificio no se consiguen las victorias, a ellos gracias por su comprensión y amor.

Por último, agradecer a mi amada hermana Diana Marcela que ha sido mi polo a tierra mi ejemplo a seguir y mi norte, a ti que eres una gran profesional hermana y amiga te lo debo todo.

Dora Lucia Márquez Monsalve

Véanme aquí al final de un camino e inicio de otro, gracias señor por la oportunidad de vivir y estar aquí para dar un paso más y sobretodo importante en mi vida. Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación.

Mi proyecto de grado lo dedico con todo mi amor y cariño a mi familia que siempre me apoyo con palabras de aliento y amor, especialmente a mi hermano Hans Carmona, quien con su apoyo desde el inicio de mi carrera ha sido ejemplo de lucha por conseguir lo que se propone y culminar cada proyecto que se inicia en nuestra vida y así lograr ser mejor cada instante de nuestras vidas.

A mi esposa Luisa Fda, compañera inseparable, ella represento una nueva etapa y grandes momentos de declive y cansancio, por su esfuerzo por darme ese apoyo moral y creer en mis capacidades, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado ahí brindándome su comprensión, cariño y amor. Y demostrar más que somos un gran equipo que lucha para un futuro mejor.

Harold Carmona Villada

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios porque nos ha permitido culminar esta etapa de nuestras vidas, a nuestras familias que han sido un pilar fundamental y un apoyo invaluable en la ejecución de este logro.

Agradecidos con quienes nos han acompañado en este maravilloso proceso: docentes, compañeros y esta gran institución que nos formó en todos estos años.

Especialmente agradecemos a nuestro director de proyecto M.Sc. Luis Alberto Rojas quien con su orientación, dedicación y esfuerzo nos encamino y fue ese gran apoyo para llevar a cabo este proceso.

CONTENIDO

1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1	Definición del problema	12
1.2	Pregunta problema	14
2	JUSTIFICACIÓN.	15
2.1	Beneficios que conlleva	16
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo general	17
3.2	Objetivos específicos	17
4	MARCO INSTITUCIONAL	18
4.1	Misión institucional	18
4.2	Vicerrectoría de responsabilidad social y bienestar universitario	19
4.2.1	Objeto	19
4.2.2	Resultados	19
4.2.3	Promoción de la salud integral	20
4.2.4	Procedimientos que adelanta	20
4.2.4.1	Detección e intervención temprana en problemáticas de salud	21
4.2.4.2	Club de la salud	21
4.2.4.3	Servicio medico	21
4.2.4.4	Servicio odontológico	22
4.2.4.5	Servicio de atención psicológica	22
4.2.4.6	Programas de promoción y prevención	22
4.2.4.7	Procesos de promoción de la salud	22
4.2.4.8	EAPB (Entidades Administradores de Planes de Beneficios)	22
4.2.4.9	EPS	23
4.2.4.10	IPS	23
4.2.5	Limitaciones previsibles	23
5	MARCO REFERENCIAL	24
5.1	Antecedentes de la idea	24
5.2	Marco teórico	28

5.3	Seguridad social	28
5.4	Salud	29
5.5	Seguridad social en salud	30
5.6	Marco conceptual	31
5.6.1	Sistema general de seguridad social en salud	31
5.6.2	Instituciones del SG-SSS	31
5.6.2.1	Origen y evolución del sistema de seguridad social en salud de Colombia	31
5.7	Transición de la salud como servicio público a derecho fundamental	33
5.8	Aseguramiento en salud en Colombia	33
5.8.1	Marco legal	34
5.9	Marco filosófico	35
5.9.1	Herramientas tecnológicas para identificar el aseguramiento en salud adre	
BDUA	35	
5.9.1.1	BDUA.	36
6	DISEÑO METODOLOGICO	37
6.1	Tipo de estudio	37
6.2	Población	37
6.3	Diseño muestral	38
6.4	Delimitación del estudio	39
6.5	Instrumentos para recolección de información	44
7	RESULTADOS	45
8	DISCUSION	53
9	CRONOGRAMA	54
10	PRESUPUESTO	55
11	CONCLUSIONES	56
12	RECOMENDACIONES	58
13	INSTRUMENTO.	59
14	BIBLIOGRAFIA	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tabla de diseño muestral.....	38
Figura 2. Variables e indicadores.....	40
Figura 3. Tabla de estudiantes sin Aseguramiento en Salud por Programa Académico.....	45
Figura 4. Tabla de estudiantes sin Aseguramiento en Salud por Estrato Socioeconómico.....	46
Figura 5. Apoyos Socioeconómicos de Estudiantes sin Aseguramiento en Salud.....	47
Figura 6. Estudiantes sin Aseguramiento en Salud por Edad.....	48
Figura 7. Tabla de análisis de variables determinantes del Aseguramiento en Salud por el método de comunalidades.....	48
Figura 8. Tabla de análisis de variables determinantes del Aseguramiento en Salud por el método de comunalidades.....	50
Figura 9. Consumo de Sustancias Psicoactivas No Legalizadas en Estudiantes No Asegurados.....	50
Figura 10. Consumo de Sustancias Psicoactivas No Legalizadas en Estudiantes No Asegurados.....	51
Figura 11. Motivos por los cuales no cuenta con cobertura en salud en Pereira ..	52

RESUMEN

Desde la emisión de la política de “Salud Para Todos En El Año 2000” promovida por la OMS, muchas naciones entre ellas Colombia han trabajado con sus Ministerios de Salud y Protección Social buscando la cobertura universal del aseguramiento en salud.

En esta nación, hasta el año 2015 la salud fue considerada como un servicio público, por lo cual su exigencia solo era tutelable cuando el incumplimiento de una entidad era concomitante con una afectación sobre el derecho a la vida; sin embargo, con la promulgación de la ley estatutaria de Salud se eleva a derecho fundamental, por lo que se estima que toda la población debe estar cubierta en los diferentes regímenes; no obstante, se identifican franjas poblacionales como los jóvenes estudiantes universitarios, que para el caso de la Universidad Tecnológica de Pereira cuentan con una población importante y fluctuante sin acceso a la salud de 6535 estudiantes que corresponde al 35% de la población, para el presente estudio descriptivo se realizó un muestreo aleatorio simple que arrojó un total de 915 individuos sin aseguramiento en salud correspondiente al 14% con un error estándar de 0,05.

El gobierno y las instituciones de educación superior han generado procesos normativos que exigen al estudiante ingresar con documento de afiliación a salud, no obstante este control no es suficiente puesto que la persona puede retirarse del aseguramiento en cualquier momento, lo cual puede suceder puesto que existen otras características que se constituyen en barreras para el acceso a salud, en tal sentido el presente estudio analizo variables que constituyen requisitos para los diferentes regímenes así como las barreras para el acceso como el no haber realizado diligenciamiento de los requisitos para vinculación como beneficiario en el 29% de los casos, el 27% motivo económico, el 18% tienen aseguramiento pero la EPS no tiene red para ofrecer su cobertura en la ciudad de Pereira, así que deberían realizar un proceso de traslado de EPS, el 13% cuentan con aseguramiento en salud, el 4% tienen motivo familiar y el otro 4% no cumplen con requisitos por edad, al 2% no les interesa tener aseguramiento en salud.

Aseguramiento en Salud, Contributivo, Subsidiado, Cotizante, Beneficiario, Población Pobre no Asegurada, Estudiantes Universitarios, Derecho a la Salud.

SUMMARY

Since the issuance of the "Health for All in the Year 2000" policy promoted by WHO, many nations including Colombia have worked with their Secretaries of Health and Social Protection seeking universal health insurance coverage.

In this nation, until 2015, health was considered as a public service, so its requirement was only protected when the failure of an entity was concomitant with an impact on the right to life; however, with the promulgation of the statutory law of Health, it rises to fundamental right, so it is estimated that the entire population must be covered in the different health regimes; nevertheless, population groups are identified as the young university students, who in the case of the Technological University of Pereira have an important and fluctuating population without access to the health of 6535 students that corresponds to 35% of the population, for the present Descriptive study was a simple random sampling that yielded a total of 915 individuals without health insurance corresponding to 14% with a standard error of 0.05.

The government and higher education institutions have generated regulatory processes that require the student to enter with a health affiliation document, however this control is not sufficient since the person can withdraw from the insurance at any time, which can happen since there are other characteristics that constitute barriers to access to health, in this sense the present study analyzed variables that constitute requirements for the different health regimes as well as barriers to access such as not having completed the requirements for linking as a beneficiary in the 29% of the cases, 27% economic reason, 18% have insurance but the EPS has no network to offer coverage in the city of Pereira, so they should carry out an EPS transfer process, 13% have insurance in health, 4% have a family motive and the other 4% do not meet age requirements, 2% do not intend We have health insurance.

Health Insurance, Tax, Subsidized, Contributing, Beneficiary, Uninsured Poor Population, University Students, Right to Health.

GLOSARIO

Afiliación: Es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Minsalud 2019).

BDUA (Base Única de Afiliados): Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Regímenes especiales).

EPS-EPAB: Son las entidades responsables de la afiliación y prestación de Servicios en Salud. Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

IPS: Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Régimen Subsidiado (RS): Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

SISBEN (Sistema de identificación y Clasificación de potenciales beneficiarios): Es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Sistema de Seguridad Social en Salud (SG-SSS): es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Definición del problema

Actualmente la población estudiantil sin cobertura en salud de la Universidad Tecnológica de Pereira es de aproximadamente 6000 estudiantes; que corresponde a un 34% de ese estamento que para el 2018 presentó una población de 17748 estudiantes (Gaviria Trujillo, 2019).

Los estudiantes que no cuentan con aseguramiento no tienen acceso a los derechos a la salud y la seguridad social, enunciados por los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia. Esa situación genera además un riesgo a no disponer de la atención oportuna ni adecuada frente a enfermedades crónicas y agudas; ni a las acciones de promoción y prevención en salud Rojas (2019),

Según (Zambrano, Ramírez, Yepes, Guerra, & Rivera, 2008) para el año 2003 el 38% de la población Colombiana aún se encontraba sin aseguramiento en salud, para el presente año el DANE presenta cifras del 94,74% de población asegurada en Risaralda, cifra idéntica a la Población Colombiana con aseguramiento en salud, por lo que esta situación se observa como de bajo impacto, pero en la realidad de la vida universitaria y desde el servicio de salud de la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario, así como en otros servicios de Salud de diferentes universidades de Colombia, se observa a diario la cantidad de jóvenes con dificultades y sin acceso a salud que llegan a pedir ayuda, incluso aquellos que tienen aseguramiento en salud y que llevan meses buscando una cita médica, por lo cual la Red Nacional de Servicios de Salud de Instituciones de Educación Superior ha trabajado el eje temático de Gestión del Aseguramiento en Salud(Marmolejo, B, S, & Ospina, 2011).

Esa condición de desprotección en salud de los jóvenes, trae consecuencias nocivas para la vida, la integridad y la economía del estudiante y de su familia; afectando a la institución en cuanto a cumplimiento de la misión y los objetivos relacionados con la responsabilidad social, las condiciones del bienestar y la academia (Marmolejo et al., 2011).

El panorama es preocupante, sobre todo si se observa la prevalencia de enfermedades y vulnerabilidad relacionada con: salud mental en cuanto a depresión, ansiedad, consumo de psicoactivos, patología dual y riesgo de suicidio; en la salud sexual y reproductiva los riesgos de cáncer de mama, útero, pene y testículos, infecciones de transmisión sexual, embarazo no planificado y en edades tempranas; en cuanto a gestión del riesgo frente a accidentes no relacionados con el contexto educativo, posibles fenómenos naturales; en cuanto a nutrición el bajo peso o sobrepeso como signo de alteración nutricional, metabólica, hábitos

inadecuados o problemas de salud mental, así como el riesgo cardiovascular, de diabetes y enfermedades bucodentales (Motivos de Consulta Promoción de la Salud Integral-Universidad Tecnológica de Pereira 2018).

Todo lo anterior, indica el riesgo que tiene el estudiante de padecer problemas de salud que no son atendidos ni prevenidos por el Sistema de Salud de Colombia, dejando en manos de la Universidad la atención de enfermedades, a través de su servicio de salud, la póliza de accidentes, el servicio de ambulancias de emergencias y la brigada de emergencias. Todo este sistema, aún en su conjunto no tiene un alcance suficiente para atender las enfermedades crónicas, la atención prioritaria, ni aquellas que generan altos costos y tampoco se cuenta con un fondo amplio, suficiente para garantizar la sostenibilidad de un sistema de salud, fondo contra - asegurado como lo tiene el Sistema de Salud (Informe de Gestión Promoción de la Salud Integral-Universidad Tecnológica de Pereira 2017).

El hecho de exponer en este trabajo que el número de estudiantes sin aseguramiento corresponde a una cifra aproximada; ya en sí tiene que ver con una dificultad, dado que no existe una aplicación que permita identificar en tiempo real las modificaciones en las condiciones de aseguramiento de los estudiantes, porque si bien existe una plataforma institucional para hacer el reporte de la EAPB o EPS, el sistema no genera alarmas sobre los cambios en la condición del estudiante y no queda otro mecanismo que el monitoreo individual, ejercicio poco económico y poco práctico debido a la necesidad de: talento humano, logística y tecnología requerida para dicha labor (Informe de Gestión Promoción de la Salud Integral-Universidad Tecnológica de Pereira 2018).

Parte de la dificultad para la administración de la información, se debe a que la condición de aseguramiento del estudiante puede cambiar de un momento a otro, sin embargo, el reporte de esa información solo se hace al momento de la matrícula y su revisión se visualiza de forma individual, dependiendo de la voluntad del estudiante reportarlo (Informe de Gestión Promoción de la Salud Integral-Universidad Tecnológica de Pereira 2018).

Según Rojas F. (2018) la Universidad maneja un aplicativo web de matrículas administrado desde el Centro de Admisiones, Registro y Control Académico que recibe la información y documentación que consigna el estudiante, mientras que la base de datos oficial de aseguramiento en salud del estado llamada BDUA se maneja de forma independiente; esta última se puede consultar un caso a la vez, sin permitir la migración masiva de los datos, por lo que se exige una inversión para garantizar el monitoreo permanente de las condiciones de aseguramiento en salud.

Por otra parte, se podría revisar de forma constante la base de datos, pero esto implicaría una dificultad adicional ya que se debe transferir la información de matriculados de la Universidad mensualmente a la Secretaria de Salud Departamental, para ser revisada y comparada, trasladando el problema logístico a

una entidad que requiere disponibilidad de su talento humano para realizar cruces y análisis de los datos (Marmolejo et al., 2011)

Hasta aquí, se ha expuesto el problema en materia administrativa, pero no se conocen en su totalidad las razones por las cuales los estudiantes no realizan el proceso de aseguramiento, traslado o portabilidad; se sabe por casos aislados que existen estudiantes que eran beneficiarios del régimen contributivo y que tienen más de 25 años y no cuentan con el puntaje del SISBEN, ni los recursos para pagar su salud, así como se sabe de otros casos que tienen régimen subsidiado y las entidades de salud ponen barreras tecnológicas y administrativas para la portabilidad, la atención o el traslado. Si bien, existen políticas que buscan la cobertura universal del aseguramiento en salud, también existen normas que limitan el acceso en territorios diferentes al de procedencia, esto se suma a la capacidad fiscal y las limitaciones en cuanto a redes de entidades prestadoras contratadas por las EPS, lo cual se traduce en trámites adicionales y condiciones que limitan el acceso (Mejía et al., 2010).

Por todo lo anterior, se planteó desde Promoción de la Salud de la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario y un grupo de estudiantes de Ingeniería Industrial, realizar este proyecto aprovechando la formación en análisis de Ingeniería, la visión sistémica y la existencia de una línea de bienestar social en la facultad.

Con este trabajo, se busca identificar la población sin aseguramiento y caracterizarla según variables de acceso y focalización, para reconocer aquellos aspectos que tienen mayor prevalencia entre los estudiantes no asegurados que se encuentran fuera de cobertura del sistema de salud. Estas variables serán recopiladas y analizadas para determinar ¿qué aspectos se presentan con mayor frecuencia en esa población?

1.2 Pregunta problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas que más prevalecen en la población de estudiantes que se encuentran actualmente sin acceso a la salud de la Universidad Tecnológica de Pereira?

2 JUSTIFICACIÓN.

La salud juega un papel de especial importancia en el proceso de generar bienestar en la vida estudiantil, impactando positivamente no solo lo personal, sino también generando estabilidad en las carreras universitarias, y evitando a la Universidad Tecnológica de Pereira la deserción de estudiantes en las carreras que han iniciado.

Por su parte, la creación de rutas de acceso para el aseguramiento al sistema de seguridad social en salud de estudiantes en régimen contributivo y subsidiado, se convierte en una herramienta eficaz para obtener el segmento de estudiantes que realmente no tienen servicio de salud y que la Universidad pueda brindar un apoyo desde la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario, evitando así el ausentismo académico y los riesgos de deserción en los estudiantes que poseen problemas de salud.

Se considera importante realizar una caracterización de las variables sociodemográficas de los estudiantes universitarios sin aseguramiento en salud, generando conocimiento desde el campo de la ingeniería industrial, para plantear estrategias de monitoreo, análisis y gestión, que contribuyan a garantizar el acceso a la salud de los estudiantes.

Los resultados serán utilizados para atender las problemáticas de aseguramiento en salud de la población estudiantil en condiciones de vulnerabilidad, que no están adscritos a una Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad administradora de Planes de Beneficios (EAPB), siendo claves la generación de alianzas estratégicas, el diseño de planes, programas con rutas para el monitoreo y el aseguramiento en salud.

Las alianzas, permitirán articular a los actores que comprometan este objetivo como instituciones prestadoras de salud, el estado mediante sus entes territoriales de salud, entidades de regulación y la universidad, desde la responsabilidad social y el bienestar universitario y en su conjunto garantizar a los estudiantes la oportunidad de acceder a servicios de salud.

El diseño de planes y programas para resolver los problemas y prioridades en aseguramiento en salud identificada a cada nivel es importante ejercitar la responsabilidad de atender el interés público de la comunidad universitaria, desarrollando un conjunto integral de políticas públicas en salud al interior del campus, estimulando la participación de los estudiantes encuestados y evaluando los resultados.

Este trabajo, también será de gran utilidad para la implementación de métodos efectivos que permitan evaluar y monitorear el estado del aseguramiento de los estudiantes e identificar oportunamente problemas y prioridades en salud.

2.1 Beneficios que conlleva

De cumplirse a cabalidad con este objetivo se realizará la interpretación de dichas variables para generar las rutas de aseguramiento y así garantizar que la población estudiantil tenga el acceso a la salud, tanto en cobertura como en calidad, de esta manera se dará un paso trascendental hacia la cobertura universal en salud de los estudiantes de la UTP, será un gran logro para el bienestar y para los autores de este trabajo el cumplir con las expectativas planteadas y los objetivos que se han trazado a lo largo de este estudio.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Caracterizar a la población estudiantil de la Universidad Tecnológica de Pereira que se encuentra sin cobertura en salud.

3.2 Objetivos específicos

Diseñar encuesta para la caracterización de la población estudiantil universitaria activa que se encuentra sin aseguramiento en salud.

Aplicar instrumento a una muestra representativa de la población estudiantil afiliada y no afiliada en salud.

Presentar una propuesta metodológica que contenga procesos de monitoreo para garantizar el acceso a salud de los estudiantes universitarios.

4 MARCO INSTITUCIONAL

El proyecto se desarrolla en la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario con estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira, institución que fue fundada por **la Ley 41 de 1958**: la cual crea la Universidad como máxima expresión cultural y patrimonio de la región, como una entidad de carácter oficial seccional. Posteriormente, se decreta como un establecimiento de carácter académico del orden nacional, con personería jurídica, AUTONOMÍA administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Educación Nacional.

La Universidad inicia labores el 4 de marzo de 1961 bajo la dirección de su fundador y primer Rector Doctor Jorge Roa Martínez. Gracias al impulso inicial y al esfuerzo de todos sus estamentos, la Institución empieza a desarrollar programas académicos que la hacen merecedora de un gran prestigio a nivel regional y nacional. Con la Facultad de Ingeniería Eléctrica comienza la actividad académica en la Universidad y al año siguiente se crean las Facultades de Ingeniería Mecánica e Industrial.

En 1965 se funda el Instituto Pedagógico Musical de Bellas Artes como dependencia de extensión cultural.

Mediante la Ley 61 de 1963 se crea el Instituto Politécnico Universitario, cuyas labores empiezan en 1966 con las Escuelas Auxiliares de Ingeniería: Eléctrica, Mecánica e Industrial, en la actualidad Facultad de Tecnologías, con los programas de Tecnología Eléctrica, Mecánica e Industrial, en 1968 inician las Escuelas de Dibujo Técnico y Laboratorio Químico (Esta última convertida hoy en Escuela de Tecnología Química).

4.1 Misión institucional

- Es una Universidad estatal. Vinculada a la sociedad y economía del conocimiento en todos sus campos, creando y participando en redes y otras formas de interacción.
- Es un polo de desarrollo. Que crea, transforma, transfiere, contextualiza, aplica, gestiona, innova e intercambia el conocimiento en todas sus formas y expresiones, teniendo como prioridad el desarrollo sustentable en la ecorregión eje cafetero.
- Es una Comunidad. De enseñanza, aprendizaje y práctica, que interactúa buscando el bien común, en un ambiente de participación, diálogo, con responsabilidad social y desarrollo humano, caracterizada por el pluralismo y el respeto a la diferencia, inmersa en procesos permanentes de planeación, evaluación y control.

• Es una organización Que aprende y desarrolla procesos en todos los campos del saber, contribuyendo al mejoramiento de la sociedad, para formar ciudadanos competentes, con ética y sentido crítico, líderes en la transformación social y económica. Las funciones misionales le permiten ofrecer servicios derivados de su actividad académica a los sectores público o privado en todos sus órdenes, mediante convenios o contratos para servicios técnicos, científicos, artísticos, de consultoría o de cualquier tipo afín a sus objetivos misionales. Visión Institucional Universidad de alta calidad, líder al 2019 en la región y en el país, por su competitividad integral en la docencia, investigación, innovación, extensión y gestión para el desarrollo humano con responsabilidad e impacto social, inmerso en la comunidad internacional. DEL REGLAMENTO ESTUDIANTEL CAPÍTULO III DE LA ADMISIÓN Además de las pruebas de Estado, el Consejo Académico podrá determinar las pruebas de admisión que deberán resolver los aspirantes a ingresar, inscritos en la forma prevista en este Reglamento y su ponderación.

4.2 Vicerrectoría de responsabilidad social y bienestar universitario

4.2.1 Objeto

Facilitar la formación integral, el desarrollo humano, social e intercultural y el acompañamiento institucional, en un ambiente de participación, diálogo, ética y sentido crítico, contribuyendo a la formación para la transformación social, el crecimiento y el desarrollo de la región y la nación.

Promover el ejercicio colectivo de la responsabilidad social con perspectiva de desarrollo humano sostenible, en donde los grupos involucrados trabajen en red permanentemente.

4.2.2 Resultados

Comunidad universitaria:

- Formada para el desarrollo humano con calidad de vida.
- Participando activamente en el desarrollo sostenible interno y externo.
- Universidad receptiva con sus grupos de interés y efectiva con su sistema de comunicación vigente.
- Universidad reconocida y posicionada por su imagen institucional.

4.2.3 Promoción de la salud integral

Según el área desde la cual se direccionan y se las acciones de atención, prevención y promoción de la salud dirigida a toda la comunidad universitaria de la Universidad Tecnológica de Pereira, desde allí se orientan acciones colectivas e individuales de autocuidado enfatizando en los programas de Salud Sexual y Reproductiva, Gestión del Riesgo, Abordaje para la Prevención y Mitigación del consumo de Psicoactivos, Salud Mental, Promoción de Actividad Física y Estilos de Vida Saludables y Salud Oral.

Para el desarrollo de estas actividades se tienen convenios con instituciones como: PROFAMILIA, APOYAME, LIGA CONTRA EL CÁNCER, CONFAMILIAR, CLINICA LOS ROSALES, CLÍNICA MARAÑÓN, HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA, IDIME, LA PREVISORA, SECRETARÍAS MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

El servicio de Salud está habilitado mediante resolución N. 014 del 11 de Enero de 2011 de la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda, como una Entidad de Objeto Social Diferente que ofrece servicios de salud de baja complejidad y reconocidos en el Ministerio de Salud y Protección Social como el Primer Centro Amigable en Salud para Adolescentes y Jóvenes del Eje Cafetero, estrategia implementada con el fin de brindar una atención integral con profesionales idóneos y sensibilizados para la atención de la problemática de jóvenes y adolescentes que permite a nuestros estudiantes mantenerse en el sistema educativo, lo que nos diferencia del sistema tradicional de salud.

4.2.4 Procedimientos que adelanta

1. Prevención e intervención de factores de riesgo en la salud
 - Gestión del riesgo en urgencias y emergencias para la comunidad universitaria.
 - Salud sexual y salud reproductiva.
 - Salud mental.
 - Abordaje de consumo de SPA.
 - Valoración de factores de riesgo en estudiantes nuevos y deportistas.
 - Intervención de factores de riesgo en estudiantes nuevos y deportistas.
2. Promoción sobre la adopción de modos, condiciones y estilos de vida saludables
 - Educación, Información y Comunicación (EIC).
 - Club de la salud.
 - Casita Utepitos.
 - Campus saludable.

3. Control de problemáticas de salud para la recuperación y el desarrollo de condiciones optimas
 - Consulta externa.
 - Protección específica.
 - Servicios adscritos.
 - Mantenimiento de la habilitación.
 - Aseguramiento en salud.

4.2.4.1 Detección e intervención temprana en problemáticas de salud

1. Evaluación del riesgo en estudiantes de primer semestre.
2. Valoración e intervención del riesgo en salud.
3. Atención programada.
4. Atención del primer auxilio por emergencia o urgencia.
5. Remisiones por urgencias médicas.
6. Valoración de la condición física previa para actividad recreativa.
7. Valoración de las condiciones físicas en las delegaciones deportivas y culturales.
8. Administración póliza colectiva de accidentes escolares y riesgo biológico.
9. Certificación de seguro de estudiantes para actividades académicas externas y desplazamientos.

4.2.4.2 Club de la salud

Actividad física terapeuta - control a deportistas - recreación para la salud mental, socia y aprovechamiento del tiempo libre - talleres para el manejo del estrés, rumba terapia – spinning -pausas activas-evaluación de la condición física.

4.2.4.3 Servicio medico

Enfermería y atención inicial prioritaria en salud - primeros auxilios – atención inicial de urgencias - formación de primeros auxilios (convenio con el programa técnico en atención pre hospitalaria).

4.2.4.4 Servicio odontológico

Atención de urgencias – procedimientos básicos – educación en salud oral y promoción de la salud oral.

4.2.4.5 Servicio de atención psicológica

Consulta - campañas y talleres para la promoción de la salud mental - servicio de consulta especialista: psiquiatra y dermatología (docentes en extensión facultad de ciencias de la salud).

4.2.4.6 Programas de promoción y prevención

- Póliza de accidentes estudiantiles.
- Línea de emergencia 411 extensión 276
- Servicios adscritos para estudiantes que acceden al servicio médico por no disponer de seguridad social en salud previo estudio socioeconómico del área de atención integral.

4.2.4.7 Procesos de promoción de la salud

Sexualidad responsable - vida universitaria saludable – zona de orientación universitaria sobre psicoactivos-habilidades para la vida-citologías y colposcopias vaginales-programa de riesgo cardiovascular-capacitación de primeros auxilios y emergencia-salud sexual y reproductiva-asesoría y orientación en métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y temas de sexualidad en general.

-Detección temprana de cáncer:

Mujeres: colposcopias y citologías, examen de seno.

Hombres: detección temprana cáncer testicular y de próstata.

4.2.4.8 EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios)

De acuerdo al numeral 1 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 en concordancia con el numeral 17 del artículo 6 del Decreto 2462 de 2013. Se entiende por entidades administradoras de planes de beneficios **(EAPB)** las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las empresas solidarias, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las cajas de compensación familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las

aseguradoras, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud (Duarte-cuervo, 2015).

4.2.4.9 EPS

Entidad Promotora de Salud. Es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social. Aquí no hay servicio médico, solo administrativo y comercial. Como es conocido por la mayoría, pertenecer a una EPS se logra a través del departamento de gestión humana de la empresa en la que trabaje o para los independientes, por medio de la visita directa a las diferentes entidades que prestan este servicio en la ciudad o el lugar donde viva (Duarte-cuervo, 2015).

3.2.3.10 IPS

Estas son las Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta¹.

4.2.5 Limitaciones previsibles

El presente estudio puede verse limitado por:

- La no aplicación de los resultados por parte de la institución mediante una estrategia que permita monitorear semestre a semestre el aseguramiento en salud de los estudiantes para garantizar que todos permanezcan vinculados al sistema de salud durante la estadía en la UTP.
- Que el estudiante no se encuentre interesado en estar asegurado al sistema de salud y por ende se rehúse a hacer parte del programa para su vinculación a una entidad promotora de salud.
- Por otra parte, la manera más eficiente de saber qué variables están involucradas en la falta de aseguramiento en salud de los estudiantes es por medio de la encuesta, allí en ese escenario se puede presentar que los estudiantes no den respuestas congruentes, que no diligencien en la totalidad la misma o que sus respuestas no sean reales, esto puede presentar sesgos en los resultados de la investigación y en la interpretación de las variables para obtener las conclusiones del caso.

.

¹ https://www.elcolombiano.com/historico/eps_ips_pos_el_glosario_de_la_salud-JVEC_95936

5 MARCO REFERENCIAL

5.1 Antecedentes de la idea

Para la caracterización sobre aseguramiento en salud de estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira en el régimen subsidiado y contributivo, se debe analizar la historia del sistema de salud de Colombia desde su nacimiento.

Dado que en Colombia el desarrollo de los programas de salud Universitarios han sido influidos por la evolución de dos sistemas que han evolucionado de forma simultánea e independiente: los Sistemas de Salud y Educación, como resultado de modificaciones normativas que han generado cambios estructurales en políticas, planes, programas y proyectos de nivel nacional, regional y local (Marmolejo, B, S, & Ospina, 2011)

En tal sentido el orden de los antecedentes no se puede desligar según las jerarquías territoriales de lo Macro a lo Micro, sino que se deben presentar en orden cronológico.

Históricamente en Colombia, existen tres periodos en los cuales se pueden distinguir los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud (Herrera Jiménez, 2017)

El primero se inicia con la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció lo que se puede denominar como el “modelo higienista” (Minsalud y DNP, 1990).

Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender solo aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. (Mejía et al., 2010)

Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (luego Instituto de Seguros Sociales hoy desaparecido) que atendía a los empleados del sector privado formal (PNUD, 1998).

Para el segundo periodo, que se remonta en la historia desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud, donde se entendía que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias.

Para este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país, es decir hubo una financiación para la prestación de los

servicios de salud a la población trabajadora formal (PNUD, 1998); sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.

El tercer periodo inicia desde 1990, con la expedición de la Ley 100 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991). De allí se ve obligado el estado la provisión de servicios de salud con el fin de garantizar el mencionado derecho fundamental de la vida y se establece la salud como un servicio que actuaba de forma conexas con la protección de la vida.

A nivel mundial y en Colombia Instituciones gubernamentales y no gubernamentales, se han propuesto generar estrategias que contribuyan al avance en los niveles de calidad y pertinencia de los servicios de salud para estudiantes universitarios, en aspectos como el acceso al derecho a la salud (CITA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000), ambientes favorecedores para la Promoción de la Salud, Políticas de Universidad Saludable (REDUPS), Participación de la Comunidad Universitaria, Inserción curricular de las temáticas para el autocuidado de la salud e Investigación en Salud (ENTORNOS UNIVERSITARIOS SALUDABLES).

En tal sentido, los principales cambios al Interior de la Universidad Tecnológica de Pereira han sido: la creación del Servicio Médico y Odontológico a partir del acuerdo 6 de 1990 en la Universidad Tecnológica de Pereira y al tiempo que este servicio estaba evolucionando con una cobertura universal a la comunidad estudiantil de atención en medicina, odontología general, psicología en convenio con el departamento de psicopedagogía de la facultad de educación y servicios adscritos de mayor complejidad en convenio con el Hospital Universitario San Jorge,

De la misma forma como la Universidad Tecnológica de Pereira ofrecía el servicio de salud, las demás universidades públicas del nivel nacional prestaban servicios similares, al tiempo, que desde el nivel nacional, se gestaban modificaciones en el Sistema de Salud, como resultado de la implementación de la ley 100 de 1993 la cual crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, generando hechos importantes como: el ingreso de recursos privados al sistema mediante las Aseguradoras de Salud denominadas Entidades Prestadoras de Salud EPS, la creación de fondos nacionales de financiamiento del sistema como el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y el Fondo de Solidaridad en Accidentes de Tránsito FONSAT. Así mismo, se crearon las Administradoras de Riesgos Profesionales ARL en el sistema de Riesgos Profesionales y los Fondos de

Pensiones en el régimen pensional que también busca su financiamiento mediante fondos privados. De esta forma, las personas acceden a salud como cotizantes o como beneficiarios en los regímenes contributivo (pagando) o subsidiado (beneficiarios del estado), con unos requisitos específicos como los puntajes de SISBEN, el pago de aportes, condiciones de focalización de la población según el régimen en el que se encuentren o al cual aspiren; todos estos cambios como la adopción del principio de Universalidad buscaban principalmente aumentar la capacidad para ofrecer la cobertura universal en los regímenes contributivo y subsidiado (Zambrano et al., 2008), como uno de los compromisos de las políticas internacionales propuestas principalmente por la OMS en su política Salud para Todos en el Año 2000 (Halfdan Mahler, 1988), la cual se daba paralelo a la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los cuales se proponen metas importantes en salud en temas como la reducción de la mortalidad infantil, detener el VIH Sida (Halfdan Mahler, 1988).

La ley 100 de 1993 generó cambios importantes en los servicios de salud universitarios, ya que las universidades estaban por fuera del Sistema como regímenes especiales y se dio un plazo para que tomaran la decisión de convertirse en Instituciones Prestadoras de Salud IPS, integrándose al sistema o mantenerse como Entidad de Objeto Social Diferente en un régimen especial (ni subsidiado ni contributivo), subsidiado por un fondo interno con recursos del bienestar de la institución, esto mismo sucedió con entidades como las Fuerzas Armadas.(Zambrano, Ramirez, Yepes, Guerra, & Rivera, 2008)

Ante este panorama, algunas Universidades crearon las IPS Universitarias, como la Universidad de Antioquia que se vinculó de forma directa con la EPS Antioqueña, la cual comprometió a todos los empleados públicos del departamento y la comunidad universitaria para afiliarse a esa entidad. Por otro lado, instituciones como la Universidad Tecnológica de Pereira, decidieron no arriesgar capital, manteniendo los servicios de salud como parte de la oferta del Bienestar Universitario, habilitándolo como servicio de baja complejidad de Objeto Social Diferente según resolución 2003 de 2014.

A partir de los cambios generados por la normatividad varios académicos se han preocupado por temas administrativos estratégicos relacionados con esta temática del Aseguramiento en Salud:

Se realiza un estudio cualitativo con enfoque etnográfico en once IES de cinco ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Yumbo y Pereira). Las personas e instituciones fueron contactadas a través de la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS). Para conocer las experiencias de PS se utilizó una encuesta y una entrevista exploratoria; entrevistas a profundidad con gestores de acciones; observación directa en algunas IES, diarios de campo; y revisión de documentos de las instituciones. manera los expertos se han interesado y abordado el tema en cuestión, y de cómo, las actuales propuestas marcan la

tendencia de países en vías de desarrollo y consolidación en los tópicos de aseguramiento de la calidad como es el caso particular de Colombia.

Para tales propósitos, se presenta el aporte de especialistas realizado en foros internacionales donde las temáticas tratadas corresponden a los intereses generales y particulares de este proyecto. Por tal razón la orientación que se pretende exige de la concentración profunda que contienen los distintos informes revisados.

Muchos de nuestros estudiantes presentan dificultades para el acceso a consulta especializada, servicios de salud de complejidad media y alta, atención de urgencias. Lo anterior, es debido a dificultades relacionadas con el puntaje del SISBEN, barreras para el acceso al régimen contributivo, problemas socioeconómicos, familiares, desconocimiento de procedimientos como portabilidad y traslado de EPS o por debilidades en la atención de las entidades de salud. En todos los casos, se hace necesario que el estudiante conozca su derecho a la salud y la forma como puede reclamarlo (Congreso de la república de Colombia, 2015).

En el año 2018 se presenta una ponencia en el Congreso Nacional de Salud de Colombia por parte del líder de Salud de la Universalidad, por solicitud del Ministerio de Salud en la cual se identifica el modelo de salud de la Universidad como uno de los más completos del país y se propone la búsqueda de soluciones a este tipo de problemáticas, dejando establecido por el propio Ministro el desfinanciamiento del sistema que redundo en las dificultades para la presentación de servicios y en la cobertura universal. Al tiempo que se firma un convenio entre el Ministerio de Salud, ASCUN, y la rectoría de la Universidad Tecnológica de Pereira para avanzar en el pilotaje de aplicación de la estrategia Entornos Universitarios Saludables identificando que la UTP tiene un avance superior al promedio de las 8 Universidades involucradas en el proceso. Sin embargo, se identifica como barrera el problema de aseguramiento en salud de la población estudiantil. (Minsalud Colombia 2016-2019)

5.2 Marco teórico

El fundamento de este trabajo consiste en la explicación de la forma como se han articulado diferentes componentes teóricos: organizacionales, normativos, técnicos y sociales para dar origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

En ese sentido se inicia por la comprensión de un elemento netamente misional del estado cual es la seguridad social:

5.3 Seguridad social

La seguridad social es uno de los avances que aún persisten en la organización estatal, desde los llamados estados del bienestar que se dieron como respuesta a la Gran Depresión Económica, posterior a la segunda guerra mundial. Para aclarar el concepto se referencia un documento histórico de (Torre, 1993) quien analiza el concepto de Estado del Bienestar, exponiendo que:

“El EB consiste en un conjunto de instituciones públicas supuestamente destinadas a elevar la calidad de vida de la fuerza de trabajo o de la población en su conjunto y a reducir las diferencias sociales ocasionadas por el funcionamiento del mercado. Ellas operan en el terreno de la distribución secundaria del ingreso mediante transferencias monetarias directas (pensiones, prestaciones por desempleo o asignaciones familiares) o indirectas (subsidios a productos de consumo básico), provisión de bienes (programas de 2 complementación alimentaria) y prestación de servicios (educación o salud). El establecimiento de regulación protectora de las condiciones de trabajo (higiene en fábricas), del medio ambiente o de la calidad de bienes y servicios, es finalmente otro instrumento del EB. Las acciones estatales de protección social ya existían en la época medieval, pero se limitaban a dar respuestas puntuales a desastres naturales, plagas, hambrunas, etc. La asistencia a los miserables estaba casi con exclusividad a cargo de la Iglesia. Pero el capitalismo introdujo cambios sociales que generaron la necesidad de medidas tendientes a evitar procesos de disrupción social. Las “Leyes de Pobres” en Inglaterra son un ejemplo de medidas de protección impulsadas por una monarquía preocupada por los efectos sociales disgregadores ocasionados por el desarrollo capitalista (Piven y Cloward, 1972) (Polanyi, 1944), pero que terminaron siendo abolidas por el surgimiento de una nueva racionalidad”.

Una vez ampliado el concepto de Estado del Bienestar y con la claridad que el origen de la Seguridad Social se da precisamente en el marco de esta concepción del estado como garantista de la seguridad del ciudadano, se puede realizar un acercamiento al concepto de seguridad social de (Mesa-Lago, 2000), quien plantea

que “se usa el término seguridad social en sentido amplio, abarcando a: los seguros sociales (vejez-invalididad-sobrevivientes, enfermedad-maternidad y desempleo), la atención a la salud pública (incluyendo a los sistemas nacionales de salud), y la asistencia social (no se analizarán aquí las asignaciones familiares y los riesgos ocupacionales que usualmente se incluyen en la seguridad social)”

En el presente trabajo, si bien se concibe la Seguridad Social desde el deber del estado de protección social, para efectos de mantener los alcances del estudio que obedece específicamente al aseguramiento en salud, se asume el concepto haciendo referencia a la forma como se articulan y organizan: el estado, la sociedad y la oferta institucional, para desarrollar acciones que permitan salvaguardar la integridad de las personas, controlando o mitigando sus riesgos en salud, mediante estrategias de previsión, prevención, promoción y atención, generando un conjunto de condiciones que favorecen la protección de las personas y de su ambiente (Ordoñez, 2000) en diferentes contextos, para lo cual se requiere el desarrollo de políticas estatales, y la corresponsabilidad de las instituciones y los individuos.

5.4 Salud

El concepto de Salud ha ido evolucionando en razón al contexto histórico y cultural de cada época, generando múltiples discusiones teóricas que abordaron diversas situaciones como la de entender la salud no solo como la ausencia de enfermedad que por momentos ha reducido su significado al antónimo “enfermedad” usado para poder definirlo en un “enfoque biomédico” bastante discutido (Navarro, 1998), el cual aparece en una escala gradual en la cual podríamos ubicar también la vida, la muerte, la salud y la enfermedad y por ende los modos condiciones y estilos de vida que componen un cuidado integral de la salud adscrito al enfoque holístico²

Para hablar sobre indicadores de salud se debe reflexionar sobre qué es la salud. Por su carácter multidimensional, este concepto debe examinarse a la luz de diferentes referentes culturales y teóricos, razón por la cual depende del período histórico y del lugar en los cuales se formula su definición. Sin embargo, en esta publicación no se pretende profundizar en esta cuestión sino tan solo señalar que varios autores (1-3) han hecho un gran esfuerzo por revisar este concepto a partir de diferentes modelos propuestos históricamente, como el modelo holístico y el modelo de bienestar físico.

Al respecto se retoma el concepto de salud que se adopta por la OPS en la construcción de sus indicadores y que es el mismo de “la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ elaboró en 1947, que afirma que la salud es “un

² CONCEPTO DE SALUD OPS
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&showall=1&lang=es

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El concepto de la OMS en cierta medida está alineado con el modelo holístico y refuerza la connotación positiva de la salud. Sin embargo, algunos críticos han mencionado su carácter utópico e inalcanzable (2): como la idea de bienestar refleja una idealización del concepto, no resulta útil usarlo como meta para los servicios de salud, porque elaborar indicadores operativos de la salud resulta insuficiente. Otros han mencionado que este concepto depende del contexto cultural y no toma en consideración diferentes dimensiones. Sin embargo, hay quienes consideran que la definición de salud de la OMS constituye una alternativa aceptable y un avance frente a la definición propuesta por los modelos biomédicos. Varios académicos se han dedicado a hacer de la salud un elemento medible a partir de este marco conceptual (5). Vale la pena destacar en particular que este concepto subraya que la salud no es responsabilidad exclusiva del sector de la salud, sino también de otros sectores. Esto lo corrobora el carácter integrado de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y sus metas, lo que puede facilitar la integración de políticas en los distintos sectores”.

Otros aspectos discutibles del concepto son también la acepción de “estado”, el cual simplemente se identifica como estático, lo que sería inadmisibles para el mismo enfoque que acabamos de discutir y que corresponde a un concepto tan dinámico como la existencia humana.

5.5 Seguridad social en salud

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema_Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional.

El sistema general de seguridad social de Colombia integral vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993. Colombia para el año 2000 se encontraba en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de salud según un informe de la Organización Mundial de la Salud.

En Colombia el sistema de salud tiene un enfoque de prestación de servicios que busca la sostenibilidad financiera y la cobertura universal, bajo un modelo de aseguramiento en salud y subsidio por parte del estado, el contribuyente empleado o independiente y las empresas.

5.6 Marco conceptual

5.6.1 Sistema general de seguridad social en salud

Los sistemas de seguridad social, son el conjunto de subsistemas que garantizan la protección a la integridad de la salud en las dimensiones individual, social, familiar y laboral, conformado por subsistemas como el de salud, pensiones y riesgos profesionales, que se presentan mediante un conjunto de organizaciones públicas y privadas con recursos propios, articuladas con el objetivo de “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención”(Ministerio de Salud y protección Social, 2017).

5.6.2 Instituciones del SG-SSS

Debido al diseño del SGSSS son numerosos los actores e instituciones que hacen parte de las líneas de planeación, decisión, asignación de recursos y operación: El Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia), la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema, entidades territoriales y Secretarías de Salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel y comunidades. Cada uno de ellos juega un papel en términos del mercado o de regulación y se encuentran en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación. Quizás los actores más complicados son las EPS, instituciones de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro. Pueden operar como instituciones aseguradoras, administradoras y como agencia, en defensa del usuario

Por otra parte, encontramos también, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007 (Duarte-cuervo, 2015).

5.6.2.1 Origen y evolución del sistema de seguridad social en salud de Colombia

Los sistemas de seguridad social son recientes, desde la primera tentativa de la instauración de un seguro de salud que se dio en la Prusia de Bismarck en la segunda mitad del siglo XIX; no obstante su expansión sólo tuvo lugar con posterioridad a la segunda guerra mundial, periodo en el que se produjo lo que se ha denominado la primera revolución del sector de la salud, cuando comenzaron los gobiernos a asumir las políticas frente al sector a partir de la búsqueda de mayores coberturas para la población (Ruiz, 2011).

Cuando el sistema llegó a los países de América Latina hubo interés por la realización de reformas a sus sectores de salud, y en los años noventa se intensifica a lo largo del tiempo. Por su parte, Colombia realizó su gran reforma del sector a finales del año 1993, adoptando un modelo de competencia controlada o regulada (en que consiste), la cual se ubicó dentro del conjunto de reformas que acompañaron el cambio de modelo económico en el país (Mesa-Lago, 2000). El sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas:

La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado «modelo higienista» (El primer período se ha denominado “El modelo Higienista” con base en la conceptualización de salud-enfermedad que maneja el Estado Colombiano en esta época, la cual se refiere fundamentalmente a la enfermedad como una consecuencia de la exposición a unas condiciones ambientales inadecuadas que pueden ser corregidas por medidas higiénicas. Con el surgimiento de la teoría microbiana a finales del siglo XIX, y el descubrimiento del papel de un agente externo en la producción de la enfermedad, esta concepción se fortalece, al vincular la acción del agente externo con unas condiciones ambientales específicas (concepción unicausal), permitiendo, por tanto, una mayor racionalidad en la utilización de las medidas higiénicas. El inicio de este período “higienista” puede demarcarse con la promulgación de la Constitución de 1886, en la cual es manifiesta la intención de atado de asumir el problema de la salud. El final del período está definido por la creación del Ministerio de Higiene en el año 1946).

Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiada por los usuarios y por algunas instituciones de caridad. En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1950, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de «subsidios a la oferta». Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país. sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10. Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991. El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional,

por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional.

El sistema general de seguridad social de Colombia integral vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993. Colombia para el año 2000 se encontraba en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de salud según un informe de la Organización Mundial de la Salud.²

5.7 Transición de la salud como servicio público a derecho fundamental

“En Colombia se ha acumulado una frustración colectiva en la garantía del derecho a la salud para todos, a pesar de los balances optimistas de la reforma a la seguridad social colombiana. La tendencia histórica apuntaba a una fragmentación del sistema de servicios de salud según la capacidad de pago de las personas: atención para pobres, para trabajadores formales y para ricos, con serias diferencias en oportunidad y calidad. El nuevo sistema pretende resolver la fragmentación, pero existen problemas estructurales del modelo. Especialmente, la confianza en que el mercado puede distribuir de la mejor manera, si funcionan los mecanismos de regulación y el nuevo papel del Estado. En el ensayo, argumento que el mercado sólo logra otorgar un derecho contractual que resulta insuficiente para el derecho a la salud, en su acepción más amplia. Pero este tipo de opción colectiva no resulta de la simple aplicación de un modelo extranjero, sino del proceso de interacción de los actores sociopolíticos. En el caso colombiano, dicho proceso ha conducido a opciones individualistas que sustentan la tendencia actual y hacen muy difícil la superación de los obstáculos estructurales para garantizar el derecho a la salud” (Herrera Jiménez, 2017).

5.8 Aseguramiento en salud en Colombia

Según la ley 1127 de 2007, el aseguramiento en salud consiste en “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (Ministerio de Salud y protección Social, 2017).

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia

de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento” (Diario Oficial & Rep, 2019).

5.8.1 Marco legal

En el Sistema de Salud Colombiano la legislación cumple el papel de determinar su estructura y funcionamiento en aras de la garantía de los derechos a la salud y a la seguridad social incluidos en la Constitución Política de 1991.

La Constitución Política de Colombia de 1991 **EN EL ARTICULO 44** reconocer el derecho fundamental de los niños a la vida, a la integridad física, a la salud y a seguridad social, y amplía el derecho de todo niño menor de un año a la protección o seguridad social por parte del Estado; en el **artículo 64 define que el estado** promueve el acceso a la propiedad de Tierra de los trabajadores, y a los servicios de educación, salud y demás. En el artículo 48 reconoce que la “Salud hace parte fundamental de la seguridad Social, por ser un derecho fundamental es importante un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” y en el artículo 93 busca “obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o salud de las personas”

La ley 100 de 1993, La legislación del sistema de Salud en Colombia, apoyan y ofrecen un marco legal el cual ha evolucionado en el País. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 con la Ley 100 de 1993, ha sido reformado por la Ley 1122 de 2017 y la Ley 1438 de 2011, así como por múltiples resoluciones y decretos, entre otras normas. Actualmente el Decreto Único Reglamentario del sector salud y de protección social 780 de 2016 compila las diferentes normas que regulan nuestro sistema.

La Ley 100 de 1993 introduce un nuevo esquema de seguridad en Colombia, cuyos principales objetivos se basan en asegurar la cobertura universal mediante un sistema de seguro social para todos los colombianos y ofrecer a la población el acceso equitativo a un paquete básico de servicios de salud, mejorar la eficiencia del sector promoviendo una mejor utilización de los recursos y reorientándolos hacia una atención preventiva y primaria, especialmente en las áreas rurales y pobres, y garantizar que los servicios cumplan con los estándares básicos de calidad.

5.9 Marco filosófico

Por lo general, para definir la salud es notorio que se pone como referencia a Winslow quien, en su trabajo original, definió la Salud como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la capacidad física mediante los esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones y educar al individuo en cuanto a los principios de higiene (citar)

Estos conceptos fueron desarrollados posteriormente por Milton Terris, donde resalta que se debe incorporar la eficiencia física y mental, y la preocupación por todas las dolencias y discapacidades, por las lesiones y las enfermedades no infecciosas. Es decir que el concepto de Salud quedó definido como la protección y mejoramiento en las personas y del ambiente, mediante acciones sociales o comunitarias, dirigidas principalmente por los organismos gubernamentales.

En la actualidad, desde una perspectiva global, la Salud pública y privada se presenta en tres escenarios: como problemática de salud de las comunidades, como función de los Estados y como una disciplina.

5.9.1 Herramientas tecnológicas para identificar el aseguramiento en salud adres BDUA

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. La ADRES fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles.

Además de realizar los giros a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, adelanta las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema para que optimice el flujo de recursos, la ADRES administra la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA-, que suministra la información para el reconocimiento de los pagos periódicos que se les hace a las EPS por aseguramiento en salud de los colombianos.

5.9.1.1 BDUA.

Base de Datos Única de Afiliados BDUA del Sistema General de Seguridad Social en Salud BDUA-SGSSS. Este sistema permite obtener información sobre afiliado del Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, según su última actualización, resultado de los reportes de información realizados por las Empresas Promotoras de Salud - EPS. La Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes de Excepción y Especiales y entidades prestadoras de Planes Voluntarios de Salud). Esta se rige bajo el marco normativo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 4622 de 2016, por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social³.

La Universidad Tecnológica de Pereira en la cual se lleva a cabo el proyecto de implementación de la base documental de la norma 17024, acreditación de competencias laborales fue creada por medio de la Ley 41 de 1958 como máxima expresión cultural y patrimonio de la región cafetera, entidad de carácter oficial seccional. Posteriormente se definió como un establecimiento de carácter académico del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, vinculado al Ministerio de Educación Nacional.

La Universidad inició labores el 4 de marzo de 1961 bajo la dirección de su fundador y primer Rector, el doctor Jorge Roa Martínez con 65 estudiantes; actualmente cuenta con un total de 21.723 estudiantes. Se encuentra ubicada en la ciudad de Pereira capital del departamento de Risaralda, en el sector de la Julita, cuenta con un área total de campus de 505.214,00 m². Su estructura está constituida de la siguiente forma: Consejo Superior como máximo organismo colegiado el cual elige al Rector; Consejo Académico, Oficina de Control Interno, Oficina de Planeación, Secretaría General, Oficina de Relaciones Internacionales, la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar universitario conformada por cuatro divisiones y un centro, y la Vicerrectoría Académica con cuatro centros, nueve facultades a las cuales están adscritos 59 programas académicos, con registro SNIES(Sistema Nacional de Información para la Educación Superior) 34 de pregrado y 25 de postgrado.

En cuanto a investigación, ocupa el puesto diez entre doscientas setenta y seis instituciones de educación superior con mayor número de grupos de investigación reconocidos por Colciencias. Mediante resolución número 2550 del 30 de junio de 2005, el Ministerio de Educación

³ <https://www.adres.gov.co/BDUA/-Que-hace-el-BDUA>

6 DISEÑO METODOLOGICO

Para este proyecto, se precisa la recolección de datos para la caracterización de los estudiantes, mediante una encuesta que en colaboración con la comunidad universitaria y las autoridades institucionales será diligenciada por los estudiantes de los cuales se ha identificado previamente se encuentran sin cobertura en salud.

Como primera instancia se toma una muestra aleatoria de estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira que se encuentran sin acceso a la salud, a dicha muestra se aplicará la encuesta para la caracterización de las variables que permitirán identificar aspectos relevantes de la situación particular o situaciones que conllevan a que el estudiante esté sin aseguramiento en salud en el departamento de Risaralda.

Posteriormente identificadas las variables, se realizará un análisis estadístico de los aspectos sociodemográficos del cual se obtendrán conclusiones y las recomendaciones del caso.

6.1 Tipo de estudio

El presente es un estudio descriptivo, consistente en una caracterización de la población que desarrolla

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se utilizan técnicas de investigación cuantitativa, sobre la base de información primaria recolectada a partir de la aplicación de un instrumento a una muestra aleatoria simple. La muestra fue seleccionada a partir de las bases de datos de los estudiantes de pregrado matriculados durante el periodo 2018-2 de la Universidad Tecnológica de Pereira.

6.2 Población

El presente estudio se orientará a los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira que se encuentran sin acceso en salud en situación de vulnerabilidad y que tomando como fuente la base de datos suministrada por la UTP superan los 6500 del total de la población estudiantil, de esta población se tomará una muestra aleatoria de 917 estudiantes de pregrado los cuales se encuentran inscritos en todos los programas en ambas jornadas.

6.3 Diseño muestral

El presente estudio es de tipo exploratorio descriptivo con variables cuantitativas de tipo descriptivo que van a permitir caracterizar la población estudiantil que carece de aseguramiento en salud. El estudio es de tipo transversal porque a cada Individuo se le encuestará una única vez.

Tras recopilar todas las variables del instrumento para realizar el análisis, y tomar como desenlace el régimen de salud (estar o no afiliado), se seguirá un proceso de descarte de datos atípicos y se llegará al resultado, lo cual permite plantear la hipótesis del “por qué” tenemos una población de más de 6000 estudiantes sin afiliación al SG-SSS.

Para la recolección de información se usará una encuesta a modo de entrevista, dicho formato contiene preguntas acerca de la información general, socio económica, demográfica y de salud del encuestado. Dentro de los resultados aportados por este estudio se podrá señalar las rutas de acceso que, en el régimen contributivo, el régimen subsidiado y SISBEN hay.

También se realizará una encuesta piloto de 30 estudiantes como guía para luego hacia la sexta semana de segundo semestre realizar la encuesta total de la muestra de 915 estudiantes de los 6215 estudiantes que al primer semestre del 2018 aparecen sin aseguramiento en salud. Con esta información se llegará a la hipótesis y supuestos de este proyecto.

Figura 1. Tabla de diseño muestral.

Etiquetas de fila	Cuenta de Facultad			Muestra
FACULTAD DE BELLAS ARTES Y HUMANIDADES	828	82	13	116
		8	%	
FACULTAD DE CIENCIAS BÁSICAS	100	10	2%	14
		0		
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN	1315	13	20	185
		15	%	
FACULTAD DE CIENCIAS AGRARIAS Y AGROINDUSTRIA	72	72	1%	10
FACULTAD DE CIENCIAS AMBIENTALES	486	48	7%	68
		6		
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	999	99	15	140
		9	%	

FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL	585	58 5	9%	82
FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA	282	28 2	4%	40
FACULTAD DE INGENIERÍAS ELÉCTRICA, ELECTRÓNICA, FÍSICA Y CIENCIAS DE LA COMPUTACIÓN	880	88 0	13 %	123
FACULTAD DE TECNOLOGÍA	963	96 3	15 %	135
INTERCAMBIO	25	25	0,4 %	4
Total general	6535	65 35		
			917	917

Fuente: Los Autores.

6.4 Delimitación del estudio

- **Espacial:** La presente investigación se realizará en el Departamento de Risaralda teniendo como objeto de estudio una muestra tomada de la población estudiantil que se encuentra sin acceso a la salud al interior de la Universidad Tecnológica de Pereira.

- **Demográfica:** Para llevar a cabo la investigación se realiza el pilotaje de los estudiantes que actualmente se encuentran sin acceso a la salud en la UTP sin delimitar sus características económicas o sociodemográficas para no generar sesgos en un estudio que pretende la inclusión y cobertura universal de la población estudiantil al sistema de salud. Por lo anterior se realizará aleatoriamente la toma de la muestra en todos los programas

- **Temporal:** la investigación se realizará durante el segundo semestre del 2018 con una duración aproximada de 4 meses. A raíz de que las condiciones de los sujetos objeto de estudio tanto de permanencia en la institución como en las variables del instrumento se pueden ver afectadas en el tiempo, la presente investigación se orientará al análisis del problema durante un periodo determinado.

- **Temática:** tomando como apoyo el pensum de Ingeniería Industrial, se establece que las áreas a aplicar para el presente estudio serán: estadística, mercados, gestión administrativa, investigación de operación.

Figura 2. Variables e indicadores.

VARIABLE	SUB-VARIABLES	INDICADOR	ITEM
ASEGURAMIENTO EN SALUD: Consiste en la protección a la salud de la persona en cabeza de una entidad que responde por la atención y la promoción y prevención relacionada con el bienestar biológico y psicológico de un ciudadano colombiano	ACCESO	PERSONAS CON ASEGURAMIENTO/ N. DE ENCUESTADOS	¿Cuenta Usted con aseguramiento en salud por parte de alguna EPS o EAPB?
			Si no tiene aseguramiento cuál es el motivo
	COBERTURA LOCAL	N. PERSONAS CON ASEGURAMIENTO EN PEREIRA/N. DE ENCUESTADOS	La entidad responsable de su salud EPS o EAPB garantiza su atención en Pereira en:
			Emergencias Consulta General Consulta Especializada
	ENTIDADES	QUÉ ENTIDADES PRESTAN EL SERVICIO	Qué entidad responde por la atención, promoción y prevención relacionada con su bienestar biológico y psicológico
	REGIMEN	N. PERSONAS REGIMEN SUBSIDIADO/N. PERSONAS REGIMEN CONTRIBUTIVO/N. ENCUESTADOS	¿Pertenece usted al régimen subsidiado o contributivo?
	ESTADO	N. PERSONAS ACTIVAS O INACTIVAS/N. ENCUESTADOS	¿Actualmente se encuentra activo o inactivo en su EPS?
		N. PERSONAS SATISFECHAS	¿Cuál es su nivel de satisfacción

		CON SERVICIO DE SALUD/ N. TOTAL DE ENCUESTADOS	respecto a los servicios de salud recibidos por su entidad?
SALUD	Conocimiento sobre salud		
	Autocuidado		
	determinantes sociales de la salud		
	REQUISITOS	N. ESTUDIANTES QUE CONOCEN LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A SALUD/ N. ENCUESTADOS	¿Cuáles son los requisitos para acceder a régimen subsidiado en salud?
			<p>Cuáles son los requisitos para acceder a régimen contributivo en salud</p> <p>¿Cuáles son los requisitos para realizar portabilidad?</p> <p>¿Cuáles son los requisitos para ser beneficiario en salud en régimen contributivo?</p> <p>¿Cómo se accede a salud como cotizante?</p>

Procedencia	DERECHO A LA SALUD	CONOCIMIENTO SOBRE DERECHO A LA SALUD	¿Sabe Usted que es el derecho a la salud?
			¿Conoce los mecanismos para reclamar el derecho a la salud?
			Le gustaría recibir orientación sobre aseguramiento en salud, SISBENIZACIÓN
			PORTABILIDAD
		N. ESTUDIANTES QUE SE LES HA NEGADO EL DERECHO A LA SALUD/N. TOTAL DE ESTUDIANTES	Negación del derecho a la salud por su entidad respecto a. Procedimientos Medicamentos Urgencias Exámenes Asesorías P y P
		N. ESTUDIANTES QUE HAN INTERPUESTO ACCIONES PARA RECLAMAR SU DERECHO A LA SALUD/ N. ESTUDIANTES A QUIENES SE LES HA NEGADO EL DERECHO A LA SALUD	Tutelas y actos legales para reclamar el derecho a la salud
		N. ESTUDIANTES PROCEDENTES DE ZONA RURAL,	¿Cuál es su procedencia?

		ZONA URBANA, PEREIRA, ÁREA METROPOLITANA, RISARALDA, MUNICIPIOS, OTROS DEPARTAMENTOS	
		Movilidad	
Vulnerabilidad	Minorías Étnicas, Consumidores SPA, Perspectiva de Género, Población en Condición de Discapacidad, Víctimas de Violencia y de Conflicto, Niños Jóvenes y Adolescentes, Madres y Padres Cabeza de Familia, Enfermedades Catastróficas para que no se queden sin atención.		
PROBLEMÁTICA S DE SALUD		PROBLEMAS DE SALUD QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA	Problemas de Salud
		N. Días de Incapacidad	
ACOMPañAMi ENTO SERVICIO UNIVERSITARI O DE SALUD	Cobertura Fondo UTP	Trastornos sufridos por la incapacidad N. ESTUDIANTES CON COBERTURA FONDO UTP, PORCENTAJE DE COBERTURA, APOORTE EN LA MATRICULA	
	BENEFICIOS RECIBIDOS POR	Participación en Programas de	

	SERVICIO DE SALUD UNIVERSITARIO	Promoción de la Salud de la UTP
		Atención en Salud
		Oferta le interesaría recibir de la UTP en salud
		Conocimiento sobre el rol de Salud INTEGRAL UTP
		¿Cómo cree usted que se puede ayudar para que todos los estudiantes tengan acceso al sistema de salud?

Fuente: Los Autores.

6.5 Instrumentos para recolección de información

La investigación aplicó un cuestionario auto administrado para la recolección de la información de la población objeto de estudio, la cual fue sometida a un pilotaje inicial de 30 encuestar, sobre las cuales se hizo juicio de tres expertos, con un ajuste inicial:

- Se cerraron las preguntas sobre municipio y departamento
- Se eliminaron preguntas sobre aspectos socioeconómicos que eran redundantes.
- Se cerró la pregunta relacionada con programa académico.

Las demás preguntas fueron halladas consistentes por los expertos evaluadores.

7 RESULTADOS

Figura 3. Tabla de estudiantes sin Aseguramiento en Salud por Programa Académico.

Programa Académico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL	499	8%	8%	8%
MEDICINA	430	7%	7%	14%
INGENIERÍA INDUSTRIAL	369	6%	6%	20%
LICENCIATURA EN BILINGÜISMO CON ÉNFASIS EN INGLÉS	346	5%	5%	25%
INGENIERÍA ELÉCTRICA	331	5%	5%	30%
CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN	302	5%	5%	35%
ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL	294	4%	4%	39%
INGENIERIA MECÁNICA	275	4%	4%	44%
LICENCIATURA EN COMUNICACIÓN E INFORMÁTICA EDUCATIVA	266	4%	4%	48%
LICENCIATURA EN ESPAÑOL Y LITERATURA	255	4%	4%	52%
INGENIERÍA DE SISTEMAS Y COMPUTACIÓN	212	3%	3%	55%
LICENCIATURA EN MÚSICA	204	3%	3%	58%
TECNOLOGÍA INDUSTRIAL	196	3%	3%	61%
INGENIERÍA INDUSTRIAL JORNADA ESPECIAL NOCTURNA	176	3%	3%	64%
LICENCIATURA EN ARTES VISUALES	170	3%	3%	66%
TECNOLOGÍA MECÁNICA	160	2%	2%	69%
TECNOLOGÍA ELÉCTRICA	155	2%	2%	71%
QUÍMICA INDUSTRIAL	153	2%	2%	73%
MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA JORNADA ESPECIAL DIURNO	141	2%	2%	76%

TECNOLOGÍA EN GESTIÓN DEL TURISMO SOSTENIBLE NOCTURNA	141	2%	2%	78%
INGENIERÍA FÍSICA	130	2%	2%	80%
OTROS	1330	4%	4%	100%
Total	6535	100,0	100,0	

Fuente: Los Autores.

Los estudiantes sin aseguramiento en salud están distribuidos en todos los programas académicos en un porcentaje más o menos uniforme que oscila entre el 2% y el 8%, encontrándose el mayor número de ellos en la Licenciatura en Pedagogía Infantil, Medicina e Ingeniería Industrial, en la categoría de otros aparecen programas como las maestrías que si bien contribuyen en menor grado también allí aparecen estudiantes sin aseguramiento en salud.

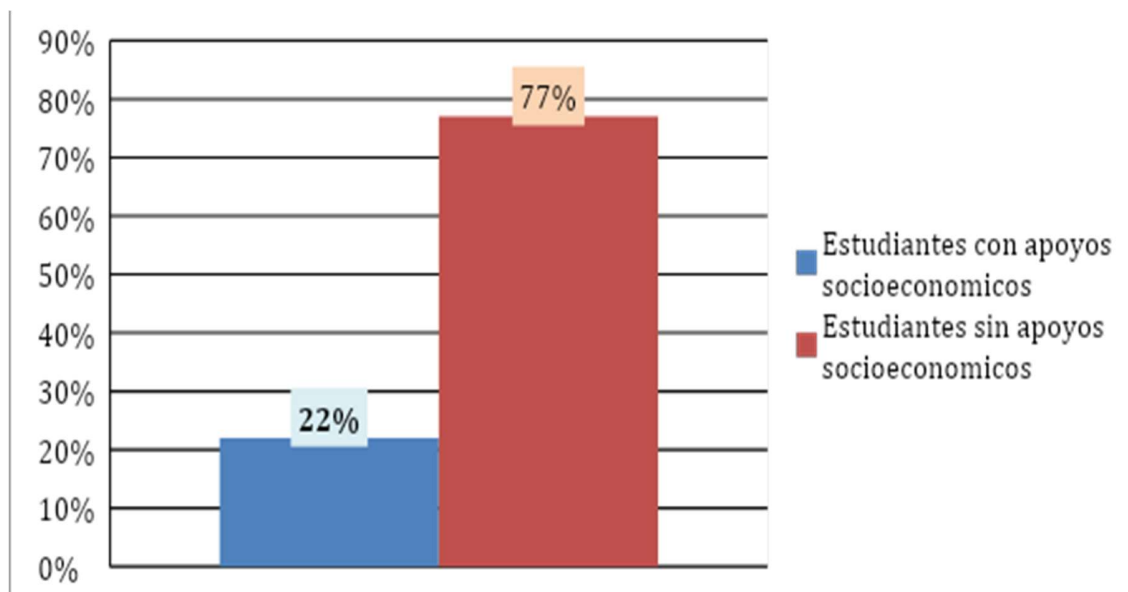
Figura 4. Tabla de estudiantes sin Aseguramiento en Salud por Estrato Socioeconómico.

Estrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
BAJO	2972	45,5	45,5	45,9
BAJO-BAJO	1936	29,6	29,6	75,5
MEDIO-BAJO	1131	17,3	17,3	99,6
MEDIO	363	5,6	5,6	81,1
MEDIO-ALTO	82	1,3	1,3	82,3
ALTO	27	,4	,4	,4
NR	24	,4	,4	100,0
Total	6535	100,0	100,0	

Fuente: Los Autores.

El 98% de la población pertenece a los estratos socioeconómicos bajo, bajo-bajo, medio-bajo y medio, mientras que 109 estudiantes correspondientes al 1,7% corresponden a los estratos medio alto y alto.

Figura 5. Apoyos Socioeconómicos de Estudiantes sin Aseguramiento en Salud.



Fuente: Los Autores.

El 22% de los estudiantes sin aseguramiento en salud manifestaron contar con apoyos socioeconómicos, mientras que el 77% no cuentan con dichos apoyos. No existe relación significativa entre la población que recibe apoyos por parte de la Universidad y la que recibe apoyos por parte de otras entidades del estado, sin embargo, se observó que el 100% de los estudiantes beneficiados por otro tipo de becas equivalente a 55 casos no cuentan con aseguramiento en salud.

Figura 6.Estudiantes sin Aseguramiento en Salud por Edad.



Fuente: Los Autores.

El 2.1% de los estudiantes sin aseguramiento en salud correspondió a menores de 17 años, mientras que el 75,5% se encuentran entre los 18 y 25 años, ambos grupos tienen mayor probabilidad de estar asegurados si cuentan con acudientes que coticen o se encuentren afiliados al régimen subsidiado, mientras que el 22.3% de estudiantes no tienen probabilidad de acceso como beneficiarios. El 54,2% son mujeres mientras que el 45,8% son hombres.

Figura 7. Tabla de análisis de variables determinantes del Aseguramiento en Salud por el método de comunalidades.

Comunalidades		
Comunalidades	Initial	Extraction
6.9. ¿Consume alguna sustancia psicoactiva (No legalizada)?	1.000	0,8680
6.6. ¿Requiere algún medicamento de forma frecuente o permanente?	1.000	0,8310
3.5. ¿Recibe usted alguna de las siguientes ayudas económicas?	1.000	0,8200
5.1. ¿Está inscrito en el SISBEN?	1.000	0,7980
1.10.1. Departamento de procedencia	1.000	0,7920
1.4. Tipo de identificación	1.000	0,7890
5.2. En caso de estar inscrito en el SISBEN ¿Cuál es su puntaje?	1.000	0,7890
3.1. Número de personas del núcleo familiar que viven con usted	1.000	0,7870
1.10. Municipio de procedencia	1.000	0,7840
6.4. ¿Padece usted alguna enfermedad?	1.000	0,7770

4.7. ¿Si no tiene aseguramiento en salud cuál es el motivo?	1.000	0,7740
1.5. Edad	1.000	0,7700
1.9.3. Departamento donde vive	1.000	0,7700
5.3. ¿Pertenece usted a algún grupo prioritario?	1.000	0,7550
4.3. Señale los servicios a los cuales tiene acceso en 1, por parte de la entidad responsable de su salud:	1.000	0,7460
3.2. Usted depende económicamente de:	1.000	0,7440
6.1. ¿Consideró usted en los últimos seis meses buscar atención médica?	1.000	0,7430
1.9.2. Municipio donde vive	1.000	0,7330
3.6. La persona de quien depende económicamente es:	1.000	0,7270
4.4. ¿En qué régimen del Sistema de Salud se encuentra afiliado? Elija una sola respuesta	1.000	0,7220
6.7. ¿Consume cigarrillo?	1.000	0,7020
3.3. En caso de ser autosuficiente escriba ¿De dónde provienen sus ingresos?	1.000	0,6980
2.1. Tenencia de la vivienda	1.000	0,6780
6.3. ¿Recibió Usted la atención solicitada?	1.000	0,6560
4.1. ¿Conoce los mecanismos para reclamar su derecho a la salud?	1.000	0,6540
1.6. Estado civil	1.000	0,6430
3.4. Ingreso familiar SMLV	1.000	0,5990
6.8. ¿Consume alcohol?	1.000	0,5860
6.2. ¿Consideró usted en los últimos seis meses buscar atención psicológica?	1.000	0,4960
Extraction Method: Principal Component Analysis.		

Fuente: Los Autores.

Las variables que peor explica el modelo por tener una correlación menor con las demás variables mediante un análisis de factorial por el método de comunales son en su orden Ingreso familiar SMLV y si Consideró usted en los últimos seis meses buscar atención psicológica, otras variables de baja correlación fueron: Estado civil, Tenencia de la vivienda, En caso de ser auto-suficiente escriba ¿De dónde provienen sus ingresos?, ¿Conoce los mecanismos para reclamar su derecho a la salud?, ¿Recibió Usted la atención solicitada?, ¿Consume alcohol?.

Mientras que las de mayor correlación son ¿Recibe usted alguna de las siguientes ayudas económicas?, ¿Consume alguna sustancia psicoactiva (No legalizada) ?, 6.6. ¿Requiere algún medicamento de forma frecuente o permanente?, ¿Recibe usted alguna de las siguientes ayudas económicas?, otras variables que puede explicar el modelo son 1.10. Municipio de procedencia, Departamento de procedencia, Número de personas del núcleo familiar que viven con usted, ¿Está inscrito en el SISBEN?, En caso de estar inscrito en el SISBEN ¿Cuál es su puntaje?, ¿Padece usted alguna enfermedad?

Figura 8. Tabla de análisis de variables determinantes del Aseguramiento en Salud por el método de comunalidades.

Ítem-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
3.1. Número de personas del núcleo familiar que viven con usted	7.866	3.421	.183	.218
3.5. ¿Recibe usted alguna de las siguientes ayudas económicas?	9.075	4.616	.235	.106
5.2. En caso de estar inscrito en el SISBEN ¿Cuál es su puntaje?	8.239	7.488	.027	.303
6.6. ¿Requiere algún medicamento de forma frecuente o permanente?	8.940	7.239	.306	.208
6.9. ¿Consume alguna sustancia psicoactiva (No legalizada)?	8.985	7.773	.064	.285

Fuente: Los Autores.

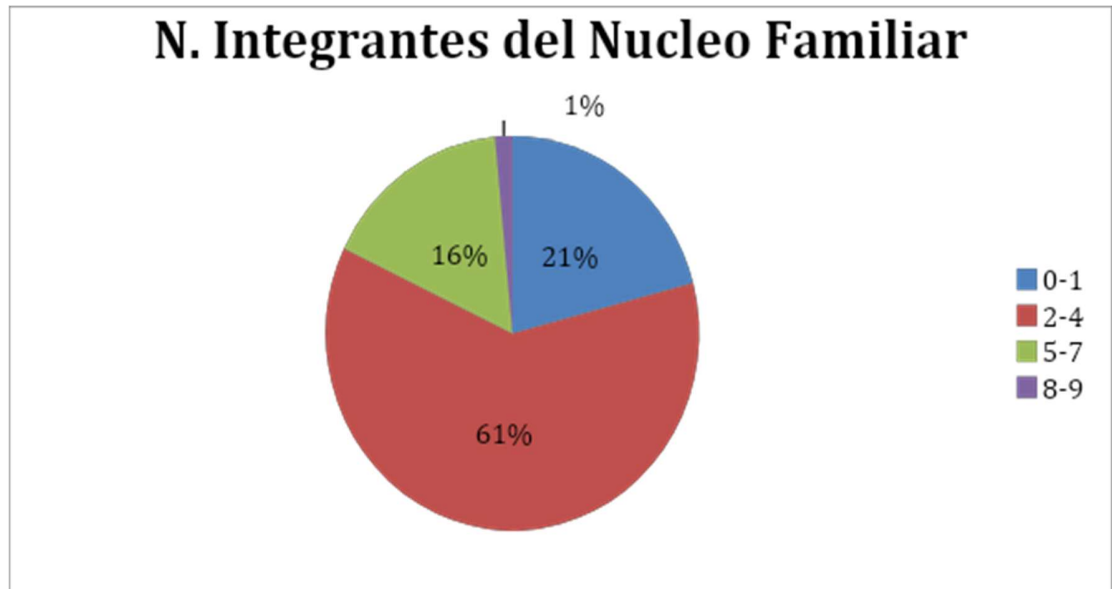
Figura 9. Consumo de Sustancias Psicoactivas No Legalizadas en Estudiantes No Asegurados.



Fuente: Los Autores.

El 21 % de la población sin aseguramiento en salud afirmó consumir alguna sustancia psicoactiva ilegal.

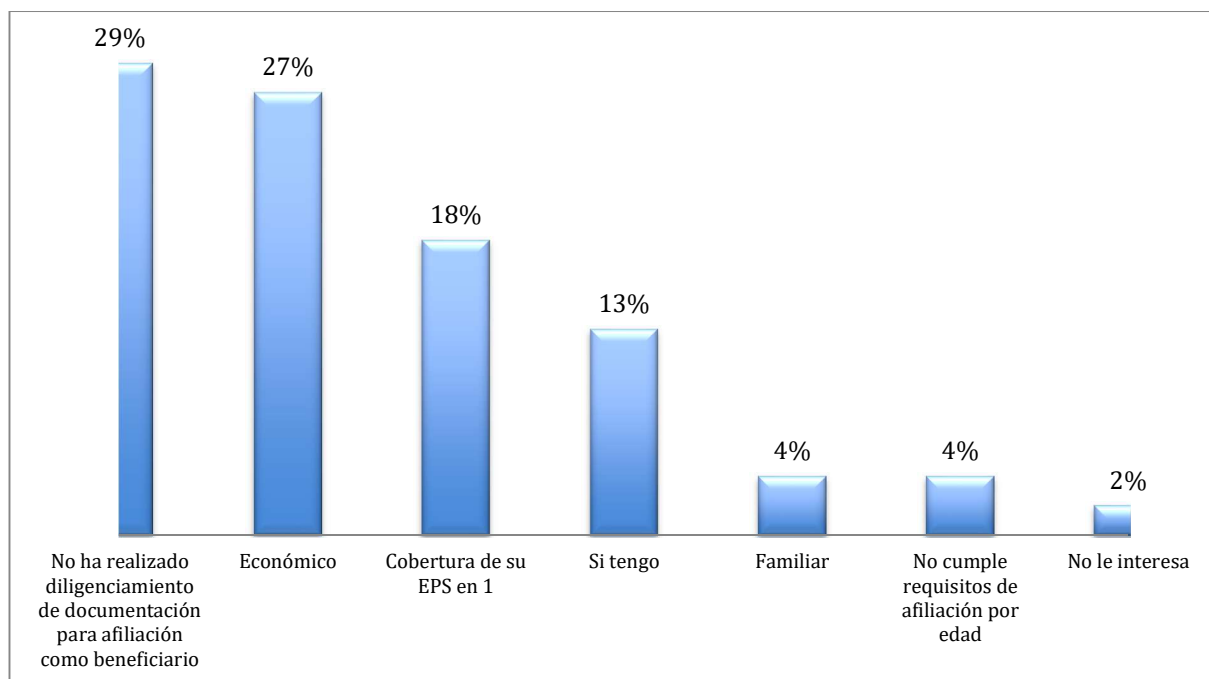
Figura 10. Consumo de Sustancias Psicoactivas No Legalizadas en Estudiantes No Asegurados.



Fuente: Los Autores.

El mayor porcentaje de estudiantes sin aseguramiento en salud pertenecen a núcleos familiares de entre 2 y 4 personas, seguido por las de 0 a 1 personas de 5 a 7 con un 2% de 8-9 personas.

Figura 11. Motivos por los cuales no cuenta con cobertura en salud en Pereira



Fuente: Los Autores.

El 42% de los estudiantes aseguran no cumplir con requisitos de afiliación, esto se relaciona con puntaje del SISBEN y/o edad del estudiante, mientras que el 18% dicen que es muy complicado, el 16% por situación económica, llama la atención que el 4% afirma si tener.

8 DISCUSION

Si bien se pueden considerar las condiciones socioeconómicas como barreras para el acceso a salud en una gran proporción de los estudiantes universitarios, el estudio ha identificado que el 1,7% de la población. La identificación de causas de falta de aseguramiento en esta población amerita la revisión desde el punto de vista de la metodología de estudio de casos o un estudio correlacional, ya que este trabajo que consiste en una caracterización descriptiva y sus alcances no logran inferir dichas causas.

Si bien el tipo de estudio es básicamente exploratorio descriptivo, se realizó un ejercicio de análisis de comunalidades para entender cuáles de las variables tenían una mayor correlación con las demás y poder así focalizar mejor el análisis, identificando que las variables que más se relacionan con el hecho de contar con aseguramiento en salud y que puntuaron por encima de 0,8 fueron ayudas económicas, consumo de sustancia psicoactivas, requerir algún medicamento de forma frecuente o permanente o tener alguna enfermedad, mientras que otras que puntuaron por encima de 0,5 fueron municipio de procedencia, Departamento de procedencia, Número de personas del núcleo familiar, inscripción en el SISBEN. Por lo cual se recomienda centrar los ejercicios investigativos y de focalización de la población en dichas variables, al tiempo que se deben descartar variables como: Ingreso familiar SMLV, atención psicológica, Estado civil, Tenencia de la vivienda, procedencia de sus ingresos, lo anterior no se debe a que la información no sea necesaria, sino que le falta consistencia estadística y existe una posibilidad de que se deba a sesgos al momento de contestarla, así que es información que debería consultarse en fuente secundaria.

9 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																								
ANTEPROYECTO DE GRADO																																								
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES EN ESTUDIANTES SIN ACCESO A SALUD																																								
ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPT				OCT				NOV			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Planteamiento del problema y objetivos de la investigación																																								
Marco teorico																																								
Revisión																																								
Desarrollo del marco teorico																																								
Diseño de instrumento																																								
Juicio de expertos																																								
Revisión y ajuste de instrumento de encuesta																																								
Recolección de la información																																								
Procesamiento de datos																																								
Análisis de resultados																																								
Conclusiones y recomendaciones																																								
Informe final																																								

10 PRESUPUESTO

El presupuesto se realiza según los gastos que tendrán los dueños del proyecto Harold y Dora Lucia, con el fin de realizar la caracterización de la población estudiantil de la universidad tecnológica de Pereira sin aseguramiento en salud 2018.

TALENTO HUMANO	Cant.				MESES	HORAS	TOTAL	VALOR TOTAL
INGENIEROS	2	1800000	60000	7500	4	8	32	\$ 480.000,00
DIRECTOR	1			65000			32	\$ 2.080.000,00
MONITORES	10			5000			10	\$ 500.000,00
RECURSOS FISICOS								
OFICINA				30000			32	\$ 960.000,00
PAPELERÍA								
FOTOCOPIAS								\$ 270.000,00
LAPICEROS				20			1000	\$ 20.000,00
								\$ 4.310.000,00

11 CONCLUSIONES

Este estudio exploratorio descriptivo desarrollado con información del segundo semestre del año 2018 identificó que el porcentaje de jóvenes sin acceso a salud de la Universidad Tecnológica corresponde al 35% de la población, es decir 6535 estudiantes. Se realizó un muestreo aleatorio simple obteniendo una muestra de 915 individuos, identificando una prevalencia de no aseguramiento en salud superior en mujeres que en hombres con una diferencia correspondiente a 8,4%, es decir que el 54,2% de la población identificada sin aseguramiento en salud fueron mujeres, mientras que el 45,8% eran hombres.

En Pereira la población identificada como Pobre no Asegurada por el Ministerio de Salud (2018) equivale a 5190 personas, por lo cual se logra identificar que la población Universitaria no se encuentra caracterizada por los entes territoriales de salud, siendo que esta población proviene de diferentes partes del país

Se logró identificar que el 31% de los estudiantes que se identificaron como no asegurados se encuentran con aseguramiento, no obstante el 18% de esa población su EPS no tiene cobertura en Pereira mientras que los demás dicen tener aseguramiento en salud, esta situación es importante debido a que la condición de aseguramiento en salud es fluctuante y puede variar en cualquier momento con mayor probabilidad en el régimen contributivo en el cual depende de las condiciones laborales del cotizante.

El mayor porcentaje de estudiantes sin aseguramiento en salud pertenecen a núcleos familiares pequeños de entre 2 y 4 personas, seguidos por las de 0 a 1 personas.

Existe un porcentaje de estudiantes del 77.6% entre los 17 y 25 años, franja poblacional que tienen mayor probabilidad de estar asegurados como beneficiarios si sus acudientes cuentan con aseguramiento en salud. Ya que a la luz de la Guía de Aseguramiento Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud, 2014) por el hecho de estar estudiado y ser económicamente dependientes de sus familiares pueden solicitar su vinculación al sistema como beneficiarios en cualquiera de los regímenes

El 22.3% de los estudiantes participantes en el estudio no tienen probabilidad de acceso como beneficiarios ya que son mayores de 25 años de edad, así que ellos deberían ingresar a las bases de datos del SISBEN para ser priorizados como población pobre no asegurada si reúnen los requisitos para tener un puntaje bajo en ese sistema y así poder ingresar al régimen subsidiado o en su defecto poder ser cotizantes, para lo cual se propone realizar un convenio con algunas EPS que ofrezcan beneficios en cuanto a Promoción y Prevención fortaleciendo el Servicio

Amigable de Salud para Adolescentes y Jóvenes de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Los estudiantes sin aseguramiento en salud están distribuidos en todos los programas académicos en un porcentaje más o menos uniforme que oscila entre el 2% y el 8%, encontrándose el mayor número de ellos en la Licenciatura en Pedagogía Infantil, Medicina e Ingeniería Industrial. También se encuentran en programas como las maestrías que, si bien contribuyen en menor grado con población no asegurada, también aparecen estudiantes sin aseguramiento en salud, en tal sentido se requieren el ejercicio de seguimiento y monitoreo desde el mismo programa académico.

En la muestra poblacional aparece el 1,7% de la población, es decir 16 casos de estudiantes que corresponden a los estratos medio alto y alto, en este pequeño grupo poblacional habría que revisar las causas específicas de no aseguramiento en salud, contrario al 98,3% de la población sin aseguramiento en salud que corresponden a los estratos socioeconómicos medio bajo y bajo, vale la pena aclarar que la mayor prevalencia de no aseguramiento aparece en los estratos medio bajo y medio, ya que los estratos bajos disponen de mayor accesibilidad en el régimen subsidiado, al igual que los altos en el régimen contributivo.

El 22% de la población no asegurada cuentan con apoyos socioeconómicos tanto de la Universidad como de otras entidades, por tanto, las rutas de aseguramiento en salud deberán tener un punto de ingreso desde el área de Gestión Social.

En cuanto a condiciones de salud, se identificó la presencia de factores de riesgo en la población no asegurada con un 21% de ellos que afirmó consumir alguna sustancia psicoactiva ilegal, lo cual es coherente con estudios nacionales sobre prevalencia del consumo de drogas en jóvenes universitarios. La focalización de población que tiene enfermedades requiere medicamentos y consumidores de sustancias psicoactivas para facilitar su acceso.

12 RECOMENDACIONES

La ruta de aseguramiento en salud para la Universidad Tecnológica de Pereira debe considerar:

El acceso a estudiantes que reciben beneficios por parte de Gestión Social.

Para facilitar el acceso a salud se puede generar un procedimiento de inscripción en el SISBEN y de afiliación al Sistema de Salud, de tal forma que la Universidad pueda facilitarlo masivamente sobretodo en régimen subsidiado.

Los alcances en el proceso formativo para la comunidad estudiantil y las familias deben implicar el desarrollo de charlas sobre requisitos para el acceso a salud.

Se identificó que un porcentaje de la población no requiere aseguramiento en salud como tal sino facilitar el acceso a los servicios que les niegan las entidades, mediante unas rutas que se pueden diseñar con las EAPB, los entes territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.

El monitoreo al aseguramiento en salud se debe realizar mensualmente por cada estudiante de la Universidad, para tal acción se requiere o disponer de un sistema de información alimentado por el mismo estudiante o el envío de dicha información por parte del ente territorial, no obstante, se podría iniciar realizando un seguimiento semestral el cual, aunque no radica el riesgo puede generar efectos positivos sobre la cultura del aseguramiento en salud.

13 INSTRUMENTO.

ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA UNIVERSITARIOS DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA 2018



Objetivo de la encuesta: realizar un estudio que nos permita identificar cuáles son las dificultades o situaciones actuales que no permiten el acceso al régimen subsidiado en salud de los estudiantes de la universidad tecnológica, con el fin de garantizar al estudiante una ruta integral de promoción y mantenimiento de su salud y mejorar su rendimiento en su proceso educativo.

Información personal: comprendido el derecho a la intimidad consagrado en el art 15 de la constitución política de Colombia, la protección de datos establecida en la ley 1581 de 2012, la obligación de reserva todos los datos dados para contar con la información adecuada para cumplir con el objetivo de esta encuesta.

Variables relevantes:

Identificación: nombre, apellidos, edad, sexo, ocupación, teléfono, cc, id, extranjería. Estado civil, etnia.

Área geográfica: departamento, municipio, zona rural o urbana, comuna o corregimiento, nivel de SISBEN, vivienda, con cuantas personas vive.

Económicos: ingresos, ocupación, ingresos familiares, recibe alguna ayuda por parte del estado DPS, ICBF, otro.

Salud: régimen subsidiado, ARL, EPS, enfermedad, medicamentos, ingreso a la universidad con algún tipo de enfermedad, consulto si / no, si contesta no porque,

GRUPOS DE ATENCIÓN ESPECIAL:

Desplazado: seleccione si es desplazado o no.

Discapacidad: Seleccione si tiene algún tipo de discapacidad, si no es así omita este paso.

Tipo: Seleccione el tipo de discapacidad del listado.

Origen: Seleccione el origen de la discapacidad del listado.

Desmovilizado: Seleccione si es desmovilizado o no.

r. P.P.R D. R: Participa en programas de restricción de derechos o rehabilitación.

S. gestante: Aplica solo para mujeres.

Escribir numéricamente el total de meses de gestación.

Animales: desparasitado, esterilizado, si/no

Ambiente psicológico:

Uso de sustancias psicoactivas: Seleccione de la lista desplegable.

Edad de inicio de consumo: Ingrese la edad numérica.

Uso problemático del alcohol: Seleccione de la lista desplegable.

Edad de inicio de consumo de alcohol: Ingrese la edad numérica.

Algún miembro de la familia vive en el exterior: Seleccione de la lista desplegable y escriba el país.

Reciben ingresos por remesas: Seleccione de la lista desplegable.

Uso del tiempo libre.

ASEGURAMIENTO EN SALUD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

Autorizo a la UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA a realizar el tratamiento de mis datos personales incorporados en la presente encuesta tal y como lo dispone el Art. 15 de la Constitución Política Nacional, las Leyes estatutaria 1266 de 2008, la Ley estatutaria 1581 de 2012, y sus Decretos reglamentarios sus Decretos Reglamentarios, Decreto 1727 de 2009, Decreto 2952 de 2010, Decreto 1377 de 2013 y Decreto 886 de 2014.

Los datos personales y/o sensibles suministrados, que sean sujetos a tratamiento, deberán ser utilizados por la Universidad con fines históricos y estadísticos, que contribuyan a la construcción de nuevos servicios académicos, financieros y del Medio Universitario, relacionados con la prestación del servicio de educación superior.

Dirección de correo electrónico *

Acepta *

- ☐ Sí
☐ No

1- DATOS PERSONALES

NOMBRES *

APELLIDOS *

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

IDENTIFICACIÓN *

ESTADO CIVIL *

- ☐ SOLTERO
- ☐ CASADO
- ☐ UNIÒN LIBRE
- ☐ VIUDO

TELÈFONO *

CELULAR *

DIRECCIÓN *

¿CÚAL ES SU PROCEDENCIA? * *

- ☐ ZONA RURAL
- ☐ ZONA URBANA
- ☐ PEREIRA ÁREA METROPOLITANA
- ☐ RISARALDA MUNICIPIOS
- ☐ OTROS DEPARTAMENTOS
- ☐ PAÍS

DATOS DE VIVIENDA *

- ☐ CASA ARRIENDO
- ☐ VIVIENDA PROPIA
- ☐ HABITACIÓN EN INQUILINATO
- ☐ ARRIENDO HABITACIÓN
- ☐ APARTAMENTO ARRIENDO
- ☐ APARTAMENTO PROPIO

NÚMERO DE PERSONAS DE SU NÚCLEO FAMILIAR

INGRESOS FAMILIAR SMLV

QUE PARENTESCO TIENE USTED CON EL JEFE DE HOGAR ?

2-DERECHO A LA SALUD

¿Conoce los mecanismos para reclamar el derecho a la salud? *

- ☐ SI
☐ NO

6. RECIBE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AYUDAS ECONÓMICAS ? • *

- ☐ JOVENES RURALES EMPRENDEDORES
☐ SUBSIDIO DE VIVIENDA RURAL
☐ SUBSIDIO INTEGRAL DE TIERRAS Y PROGRAMAS OPORTUNIDADES RURALES •
☐ BEPS-BENEFICIOS ECONÓMICOS PERIÓDICOS
☐ JOVENES EN ACCIÓN
☐ FAMILIAS EN ACCIÓN
☐ SER PILO PAGA
☐ BECA

¿RECIBE USTED INGRESOS POR REMESA ? *

- ☐ SI
☐ NO

TIENE SISBEN ?

- ☐ SI
☐ NO

NOTA: SI NO TIENE CONOCIMIENTO CONSULTAR EN LA SIGUIENTE PÀGINA SU NÚMERO DE DOCUMENTO

* https://wssisbenconsulta.sisben.gov.co/dnp_sisbenconsulta/dnp_sisben-consultaconsulta.aspx

La entidad responsable de su salud EPS o EAPB garantiza su atención en Pereira en: *

- ☐ Emergencias
- ☐ Consulta General
- ☐ Consulta Especializada
- ☐ Todas las Anteriores
- ☐ No tengo EPS

¿Si no tiene aseguramiento cuál es el motivo ? *

- ☐ Económico
- ☐ Familiar
- ☐ Cobertura
- ☐ No le interesa
- ☐ Otro

CUÁL?

CON CUALES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS PÚBLICOS CUENTA LA VIVIENDA. *

- ☐ ENERGÍA ELÉCTRICA
- ☐ ESTRATO PARA TARIFA
- ☐ GAS NATURAL PÚBLICO
- ☐ CILINDRO DE GAS
- ☐ ACUEDUCTO

Podría decirme a qué régimen del Sistema de Salud se encuentra afiliado. Acepte una respuesta *

- ☐ Subsidiado
- ☐ Sisben
- ☐ Contributivo
- ☐ Otro Cuál?

NOTA: SI NO TIENE CONOCIMIENTO CONSULTAR EN LA SIGUIENTE PÁGINA CON SU NÚMERO DE DOCUMENTO

* <http://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA>

Se encuentra usted en estado de gestación

- ☐ SI
☐ NO

Si la respuesta es afirmativa responda cuánto tiempo de gestación tiene

Considero usted en los últimos seis meses buscar atención médica

- ☐ SI
☐ NO

Considero usted en los últimos seis meses buscar atención psicológica

- ☐ SI
☐ NO

Realiza actividad física califique de 1 a 5

Ha presentado usted algunas de las siguientes situaciones

Morbilidad del grupo familiar en los últimos 30 días		Morbilidad del grupo familiar en el último año	
1 - ETA	<input type="text"/>	1 - Enfermedad coronaria	<input type="text"/>
2 - IRA	<input type="text"/>	2 - Enfermedad respiratoria	<input type="text"/>
3 - EDA	<input type="text"/>	3 - Homicidio	<input type="text"/>
4 - Tuberculosis o Lepra	<input type="text"/>	4 - Suicidio	<input type="text"/>
5 - Malaria	<input type="text"/>	5 - Accidente de tránsito	<input type="text"/>
6 - Diabetes Mellitus	<input type="text"/>	6 - Cáncer	<input type="text"/>
7 - Cáncer en menores de 18 años	<input type="text"/>	7 - VIH	<input type="text"/>
8 - Chikungunya	<input type="text"/>	8 - Tuberculosis o Lepra	<input type="text"/>
9 - Síntoma respiratorio	<input type="text"/>	9 - Enfermedad profesional	<input type="text"/>
10 - Otra / Cual	<input type="text"/>	10 - Accidente laboral	<input type="text"/>
11 - Violencia intrafamiliar	<input type="text"/>	11 - Otra	<input type="text"/>
12 - Violencia sexual	<input type="text"/>	15 - Agresión y/o Violencia	<input type="text"/>
13 - Trastorno mental y/o del comportamiento	<input type="text"/>		
14 - Violencia verbal	<input type="text"/>		
15 - Violencia Psicológica	<input type="text"/>		

De alimentos consumido en su dieta diaria marque los alimentos que usted consume

- ☐ Cereales, raíces, tubérculos, y plátano
- ☐ Hortalizas y leguminosas verdes
- ☐ Frutas
- ☐ Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas de vegetales
- ☐ Lácteos
- ☐ Grasas y dulces
- ☐ Comida chatarra

GESTANTES

- ☐ SI
- ☐ NO

SI CONTESTO AFIRMATIVO, ESTADO ACTUAL PLANEADO

PLANIFICACIÓN AL MOMENTO DEL EMBARAZO

- ☐ SI
- ☐ NO

METODO DE PLANIFICACIÓN

MESES DE EMBARAZO

ANTECEDENTES FAMILIARES

TIPO DE SANGRE

USTED CONSIDERA QUE EL ESTADO DE EMBARAZO AUMENTA EL GRADO DE DESERCIÓN DE SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS CALIFIQUE DE 1 A 5

MASCOTAS

TIENE USTED MASCOTAS

- ☐ Sí
☐ No

CANTIDAD DE MASCOTAS

CUENTA CON LAS VACUNAS PERTINENTES

- ☐ SI
☐ NO

VACUNADO CONTRA LA RABIA

- ☐ Sí
☐ No

DEPARASITADOS

- ☐ SI
☐ NO

ESTERILIZADOS

- ☐ SI
☐ NO
☐ Opción 3

4-AMBIENTE PSICOLÓGICO ----

CALIFIQUE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE 1 A 5 SIENDO 1 EL MENOR GRADO Y 5 EL MAYOR

EXPRESIÓN DE AFECTO DE USTED HACIA SU FAMILIA

PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES DE SU FAMILIA

BUSQUEDA DE SOLUCIONES ANTE UNA CRISIS FAMILIAR

SOLIDARIDAD Y APOYO EN SITUACIONES DIFÍCILES

RECONOCIMIENTO DE LAS FORTALEZAS DE LA FAMILIA

COMO SOLUCIONAN LOS CONFLICTOS A NIVEL FAMILIAR

- ☐ DIALOGANDO
- ☐ GRITANDO
- ☐ GOLPEANDO

USO DE ALGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA

- ☐ SI
- ☐ NO

CONSUMO DE ALCOHOL

- ☐ Sí
- ☐ No

CONSUME CIGARRILLO

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Qué entidad responde por la atención, promoción y prevención relacionada con su bienestar biológico y psicológico ?*

- ☐ SURA
- ☐ SALUD TOTAL
- ☐ NUEVA EPS
- ☐ ASMETSALUD
- ☐ COOMEVA EPS
- ☐ MEDIMAS
- ☐ BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO
- ☐ COOSALUD

14 BIBLIOGRAFIA

- [1] Duarte-cuervo, C. Y. (2015). Comprensión e implementación de la promoción de la salud en instituciones de educación superior en Colombia, *17*(6), 899–911.
- [2] Gaviria Trujillo, L. F. (2019). INFORME DE GESTIÓN 2018 AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA. *Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2019- Universidad Tecnológica de Pereira*.
- [3] Halfdan Mahler. (1988). El sentido de “la salud para todos en el año 2000.” *Revista Cubana de Salud Pública*, *35*(4), 2–28.
- [4] Herrera Jiménez, S. M. (2017). *Evolución del derecho fundamental a la salud en Colombia: Una revisión sistemática de la literatura y la jurisprudencia*.
- [5] Marmolejo, P. O., B, C. P. E., S, M. O., & Ospina, L. A. (2011). *Experiencias Exitosas en Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior de Colombia*.
- [6] Mejía, M. L., Montoya, P., Blanco, A. J., Mesa, M. L., Moreno, D., & Pacheco, C. I. (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud*.
- [7] Mesa-Lago, C. (2000). *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI. Serie políticas sociales*. Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6266/1/S00126_es.pdf
- [8] Ministerio de Salud y protección Social. (2017). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social. *Minsalud*, 63. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
- [9] Navarro, V. (1998). Concepto Actual De Salud Pública. *Salud Pública*, 49–54. Retrieved from https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36578201/navarro.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521423564&Signature=ZbCSjvD%2B1ATszj0NbOUxUDTLv%2Fg%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DCONCEPTO_ACTUAL_DE_SALUD_PUBLICA.p
- [10] Oficial, D., & Rep, C. D. E. L. A. (2019). LEY 1122 DE 2007, 1–23.
- [11] Ordoñez, G. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. Informe Especial. *Rev Panam Salud Publicapruana Salud Pública*, *7* (3)(3), 137–147. Retrieved from <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v7n3/1404.pdf>

[12] Ruiz, C. P. (2011). FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DOCTORADO EN ESTUDIOS FISCALES Tesis Doctoral: "POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD Y SU IMPACTO EN EL SEGURO POPULAR EN CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO". MANUEL ILDEFONSO RUIZ MEDINA Director de tesis: DRA. MARIA DEL SOCORRO BORBOA QUINTERO Culiacán, Rosales, Sinaloa.

[13] Torre, R. R. (1993). Millas Luchan, Teoría política en el Estado de Bienestar. *Reis*, (63), 193–196. <http://doi.org/10.2307/40183656>

[14] **Zambrano**, A., Ramírez, M., Yepes, F. J., Guerra, J. A., & Rivera, D. (2008). ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? *Cad. Saude Pública*, 24(1), 122–130.